

DU
DÉLIRE FÉBRILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 44 Novembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL CHAVIGNY

Né le 13 Mars 1869, à Paris



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1892

DU
DÉLIRE FÉBRILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Novembre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL CHAVIGNY

Né le 13 Mars 1869, à Paris



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1892

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.. . . .	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	J. TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine opératoire.	X.
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. PERRET, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. MAYET, Président; M. SOULIER, Assesseur; MM. GANGOLPHE et WEILL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552616_0047

INTRODUCTION

On désigne sous le nom de délire fébrile les troubles cérébraux qui surviennent, à titre de complication, dans le cours des maladies aiguës.

Les cas de délire fébrile sont très nombreux dans les services de médecine des hôpitaux. Pendant notre stage hospitalier, nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs. Il n'est presque pas un typhique qui, dès le début de sa maladie, ne présente des troubles mentaux. Très fréquent aussi dans la pneumonie, le délire fébrile se rencontre encore souvent dans la variole, l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine. Ces complications psychiques des pyrexies sont même si communes que, d'ordinaire, elles attirent peu l'attention. On les attribue simplement à l'élévation de la température, et sachant que, dans l'immense majorité des cas, elles ne dureront pas au delà du terme de la maladie à laquelle elles se sont surajoutées, et disparaîtront sans laisser de trace, on se contente de les signaler sans s'y arrêter.

En 1884, à l'hôpital de la Croix-Rousse, M. le professeur agrégé Vinay eut à soigner un grand nombre de varioleux. Il réunit les observations de ceux qui présentaient des symptômes cérébraux, avec l'intention de faire sur ce sujet un travail dont il avait commencé l'ébauche.

Lorsque, pendant l'année 1891, nous étions stagiaire dans son service à l'Hôtel-Dieu de Lyon, à plusieurs reprises il nous montra des cas de délire fébrile dans la pneumonie et dans la fièvre typhoïde. Il nous conseilla d'étudier cette question et à la prendre comme sujet de notre thèse. Il nous abandonna le travail qu'il avait commencé et que d'autres occupations l'avaient empêché de continuer.

Nous le remercions de l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition la collection d'observations rassemblées par lui. Nous lui conservons en outre la plus grande reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant l'année passée dans son service.

M. le professeur Pierret a bien voulu nous permettre de rechercher, parmi les observations de l'asile d'aliénés de Bron, celles qui se rapportaient au sujet de notre thèse.

Plusieurs fois il nous a été du plus grand secours en soumettant à l'épreuve d'une discussion serrée quelques-unes des idées que nous voulions émettre. Que M. le professeur Pierret reçoive l'expression de notre gratitude.

Nous remercions M. le professeur Teissier des marques d'intérêt qu'il a bien voulu nous donner. Nous sommes redevable à sa bienveillance de deux observations qu'il nous a autorisé à recueillir dans son service.

Que nos maîtres de Paris et de Lyon et de l'École du Service de Santé militaire reçoivent nos remerciements pour les leçons que nous avons reçues. Nous remercions aussi M. le professeur Mayet de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous nous sommes efforcé de grouper les faits présentés, de façon à ce qu'ils conduisent à une interprétation pathogénique simple et précise, but de notre travail.

Allant du connu à l'inconnu, nous commencerons par étudier minutieusement sur les observations les conditions étiologiques et les caractères du délire fébrile.

Les considérations qui ressortiront d'une semblable analyse seront basées sur des faits cliniquement observés. Elles nous permettront de fixer les conditions auxquelles devra satisfaire une théorie pathogénique du délire fébrile pour être déclarée valable.

Examinant ensuite les théories données jusqu'à ce jour, nous verrons si elles concordent avec les faits, si elles donnent satisfaction à l'esprit, en expliquant complètement le mécanisme intime du délire.

Après avoir discuté ces théories, nous serons amené, n'en trouvant pas, à notre avis, une seule qui soit entièrement acceptable, à en formuler une nouvelle.

L'idée à laquelle nous nous sommes rattaché, dans notre conception, a déjà été en partie exposée dans la thèse inaugurale de M. Chardon-Fleuret ¹, mais d'une façon absolument hypothétique. C'est une vue doctrinale, tandis que nous croyons être arrivé à accumuler tant de

¹ Thèse de Lille, 1889.

probabilités en faveur de notre idée ; qu'elle nous semble logiquement acceptable, sinon démontrée.

Dans le premier chapitre nous chercherons à établir une définition du délire fébrile assez large pour comprendre tous les cas qui doivent s'y rattacher, et ils sont nombreux.

La place qu'occupe le délire fébrile dans la classification des maladies mentales et l'historique des principaux travaux dans lesquels il a été décrit formeront le second chapitre.

L'étiologie (chapitre III), l'anatomie pathologique (chapitre IV), nous fourniront les éléments de la théorie exposée à propos de la pathogénie (chapitre V).

Nous terminerons par un court résumé des symptômes morbides observés (Symptomatologie, chapitre VI). Nous n'avons guère trouvé d'éléments nouveaux à ajouter aux descriptions déjà faites, et, dans un exposé complet des symptômes, nous n'aurions pu que citer les travaux publiés précédemment.

Le pronostic (chapitre VII) est trop incertain et dépend de trop de circonstances particulières à chaque forme de délire, à chaque malade, pour conduire à des considérations sur le délire fébrile pris dans son ensemble. Le pronostic varie suivant les phases de la maladie.

Le traitement enfin (chapitre VII) relève de l'idée pathogénique que nous nous sommes créée.

Les observations sur lesquelles seront établies nos statistiques sont au nombre de plus de quarante, les unes provenant du service de M. le professeur agrégé Vinay, d'autres de l'asile de Bron, les autres enfin recueillies par nous dans les différents services hospitaliers de Lyon.

Nous n'avons pu nous astreindre à les publier toutes entières, avec leur tracé thermographique, sphymographique et dans tous leurs détails. En effet, nous n'étudions qu'un seul symptôme dans différentes maladies.

Un assez grand nombre d'observations n'ont d'intérêt que pour les statistiques générales sur l'âge, le sexe, etc. Pour celles-ci, la simple mention qui en sera faite en les citant dans le texte pourrait suffire, à la rigueur.

Cependant, nous en donnerons un très court résumé.

D'autres observations, au contraire, ont une grande importance, parce qu'il s'agit de cas de délire s'étant présenté dans des circonstances particulières, et méritent d'être exposées plus complètement.

Toutefois, même pour ces dernières, la clarté de l'exposition gagnera beaucoup à ce que nous n'insistions pas sur tous les symptômes avec autant de détails. Si, par exemple, il s'agit d'une pneumonie qui se soit accompagnée de délire, les symptômes communs à toutes les pneumonies, crachats rouillés, toux, point de côté, râles crépitants, etc., n'ont pas besoin d'être énoncés. Le diagnostic de pneumonie, porté en tête de l'observation, les résume tous pour un lecteur instruit¹.

Par contre, nous indiquerons avec soin toutes les circonstances, même les plus insignifiantes en apparence, qui pourraient avoir quelque relation avec le délire, soit pour le produire, soit pour le modifier.

Cette façon d'exposer les observations nous permet d'en

¹ Admettant sans contestation le diagnostic porté par le chef de service, nous pensons que l'énoncé de ce diagnostic suffira au lecteur à reconstituer les phases principales de la maladie.

écarter tout ce qui ne se rapporte pas directement à notre sujet, et de donner plus d'importance aux points intéressants.

Notre champ d'études était tellement étendu, le nombre d'observations si considérable, que les détails inutiles risquaient de prendre une trop large part au détriment du sujet principal.

Le total de nos observations (47) se décompose en : érysipèle (3 cas), pneumonie (8 cas), fièvre typhoïde (5 cas), scarlatine (1 cas), variole (29 cas), grippe (1 cas).

Nous devons, aussitôt après avoir énoncé ces nombres, mettre en garde contre une erreur. Ils ne tiennent nullement à la fréquence relative du délire fébrile, par rapport à chaque maladie. Ils indiquent beaucoup plus dans quelles conditions les observations ont été réunies, et tiennent aux hasards des études médicales, à la répartition des malades, dans les différents services.

Si les observations de délire fébrile dans la variole sont en plus grand nombre, cela est dû surtout à ce que M. Vinay, ayant le service des varioleux, à l'hôpital de la Croix-Rousse, a eu occasion de soigner un grand nombre de cas de variole, dont beaucoup présentaient des phénomènes cérébraux.

Les chiffres donnés se trouvent concorder, pour la variole, avec les chiffres donnés par Thore, qui dit que les hallucinations se rencontrent dans la variole, dans 5 pour 100 des cas, et qu'elles y sont plus fréquentes que dans toute autre maladie fébrile ; mais cette concordance dans les résultats statistiques ne doit être signalée qu'avec son explication.

DU

DÉLIRE FÉBRILE

CHAPITRE PREMIER

Définition.

Le terme de délire fébrile, généralement employé, et consacré par l'usage, a l'inconvénient de comporter en lui-même une interprétation pathogénique.

En effet, cette dénomination, dans l'esprit d'un certain nombre d'auteurs, indique que la fièvre (en prenant ce mot dans son sens le plus précis d'élévation de la température) est la cause du délire.

Or, parmi les observations que nous avons réunies, il s'en trouve plusieurs où le délire s'est montré, soit avant, soit après le mouvement fébrile, dans des moments d'apyrexie complète. C'est ainsi que l'on décrit, avec le délire fébrile, le délire de la convalescence de la fièvre typhoïde ou d'autres maladies.

Il y a dans l'emploi de ce terme un abus de langage manifeste.

L'absence d'un terme meilleur pour désigner le même symptôme, nous l'a fait adopter.

Le nom de délire non vésanique serait préférable, s'il n'avait déjà été employé avec une autre signification plus générale que celle de délire fébrile. En effet, dans certaines classifications, le délire non vésanique comprend le délire fébrile et le délire toxique.

Délire fébrile serait donc à rejeter. Nous le conserverons cependant, pour nous conformer à l'usage, sans attacher à l'union de ces deux mots la signification précise qu'on est tenté de leur attribuer.

La définition que nous avons donnée en tête de l'introduction : « On désigne sous le nom de délire fébrile, les troubles cérébraux qui surviennent, à titre de complication, dans les affections aiguës », peut être assez facilement critiquée, parce que sa compréhension est trop étendue.

Ainsi, prenons le cas, et il serait facile d'en citer des exemples, où le début d'une vésanie vraie coïncide avec une maladie infectieuse, qui a pu lui servir de cause occasionnelle ; ce cas n'est pas exclu par notre définition, et cependant il ne peut rentrer dans le cadre du délire fébrile.

La distinction entre le délire vésanique et le délire fébrile peut être, en certaines circonstances, extrêmement difficile à faire au lit du malade, quoique certains caractères tirés de la symptomatologie spéciale du délire fébrile (voir chapitre VII) permettent souvent d'y arriver. C'est alors surtout qu'il est important de s'informer des antécédents héréditaires et personnels du malade, pour aider au diagnostic. La marche du délire, sa persistance, peuvent encore entrer en considération.

Quand la vésanie survient ainsi accidentellement, pendant une maladie aiguë, ce n'est plus, à proprement parler une complication de la maladie principale, c'est plutôt une affection intercurrente, évoluant indépendamment de la première.

Nous aurions voulu, dans la définition du délire fébrile, faire intervenir quelques-uns de ses caractères spéciaux, mais à moins de parler de l'interprétation pathogénique qui sera donnée plus loin, il n'est pas un seul caractère commun à tous les cas de délire fébrile, autre que celui de faire son apparition pendant une maladie aiguë. Ni la forme du délire, ni son intensité, ni sa durée, ni le moment exact de son apparition pendant telle ou telle phase d'une pyrexie, ne sont constants. Il peut être bruyant ou calme, intense ou non, durer un nombre de jours ou d'heures quelconque, apparaître avant que les premiers symptômes ordinaires de la maladie se soient manifestés, ou encore pendant la convalescence.

Toute définition, qui aurait voulu être trop complète, risquait d'être trop étroite, et de ne pouvoir s'appliquer à tous les cas que nous considérons.

Nous avons préféré prendre une définition un peu trop large, et être obligé de faire une restriction à propos du délire vésanique vrai.

Ayant à parler d'un symptôme qui se rencontre dans des maladies aussi disparates que celles qui engendrent la fièvre, rien d'étonnant à ce que la définition donnée soit aussi vague que le serait celle de la fièvre, si, dans cette dernière, on voulait négliger de parti pris les considérations pathogéniques.

CHAPITRE II

Historique. — Classification.

1° HISTORIQUE

Avant le ^{xvii}^e siècle, on ne trouve rien dans les ouvrages qui indique une distinction faite par les médecins entre délire fébrile et délire vésanique.

Sydenham, l'un des premiers, en 1624, signale des cas de manie survenus à la suite des fièvres intermittentes.

Esquirol et son élève Georget observent des cas de délire dans le cours de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, de la variole, du choléra et de la pellagre.

Baillarger (1843) explique deux cas de stupeur observés par lui, pendant la convalescence de la fièvre intermittente, par l'anémie palustre et par l'œdème du cerveau consécutif aux troubles de circulation.

Sébastien (1844), Max Simon (1843) décrivent des cas de manie liée à la fièvre typhoïde et à la fièvre inter-

mittente. Berthier (1861) donne sept observations de fièvre intermittente suivie d'aliénation mentale.

Les thèses de Mugnier (1865), Chéron (1868), ont pour sujet la folie consécutive aux maladies aiguës.

Wille (1869) publie sept observations de psychose liée à la pneumonie.

Béhier (1870) donne, comme pathogénie aux troubles nerveux des maladies aiguës, la dénutrition du système nerveux; Delasiaux, en 1864, avait déjà donné la même interprétation; Nasse en 1870, publie un travail basé sur deux mille observations recueillies à l'asile d'aliénés de Siegburg. Il étudie les formes psychiques liées à une affection typhoïde et adopte comme théorie pathogénique l'anémie cérébrale. Kelp (1871), Wolf (1872) sont partisans de la même théorie. Westphal (1872) observe plusieurs cas de variole et de typhus avec délire. Sans être partisan déterminé d'une théorie, il serait porté à croire que dans ces maladies le délire est dû à une action directe du virus sur les centres nerveux.

Pour la période la plus rapprochée de nous, nous donnerons seulement les noms des auteurs qui se sont occupés du délire fébrile. La plupart d'entre eux seront cités soit à l'étiologie, soit à l'anatomie pathologique, avec indication exacte du titre de leurs ouvrages.

Les principaux noms à retenir sont ceux de : Giraud (1872), Mareschal (1876), Jacobi, Thore, Griesinger, Calmette (1872), Schloz (1873), Biaute (1879), Krœpelin (1880), Christian (1873), Balle (1881), Luys (1881), Rabuske (1881), Mabile (1883), Kirn (1882), Lünz (1886), Schule, Voisin (1883), Magnan, Dagonet, Jaccoud, Doutrebente, etc.

Plus récemment, les thèses de Belous (Lyon, 1888), de Veyssset (Paris, 1887), et de Chardon-Fleuret (Lille, 1889), traitent du rapport des maladies mentales ou des troubles nerveux avec les maladies infectieuses.

2° CLASSIFICATION

Bien des classifications du délire ont été données par les nombreux auteurs qui ont écrit sur les maladies mentales. Elles ne diffèrent guère les unes des autres. Dans leurs lignes principales, toutes établissent dès le début deux grandes classes : délire vésanique, délire non vésanique ; mais, au point de vue spécial qui nous occupe, un point très intéressant à noter, c'est la place très variable assignée au délire fébrile. Quand il faut classer le délire fébrile et le délire toxique les divergences commencent.

Nous ne prendrons que les principales classifications dressées depuis les premières années du siècle présent :

Esquirol établit deux grandes classes : 1° délire apyrétique (folie) ; 2° délire fébrile, se subdivisant en :

a) délire idiopathique (délire avec lésion cérébrale) ;

b) délire sympathique (délire toxique) ;

c) délire symptomatique (délire fébrile vrai).

Londe (1831) distingue : 1° délire de la folie, 2° délire fébrile, 3° délire toxique.

Georget (1835) n'admet que deux divisions : 1° délire aigu ou fébrile (auquel il ajoute le délire toxique) et 2° délire chronique ou apyrétique.

Fabret (1839) mêmes divisions : délire aigu (compré-
nant le délire toxique) et délire chronique.

Foville (1869) : délire vésanique et délire non vésanique (avec le délire toxique).

Ball fait aussi la division en délire vésanique et délire non vésanique, mais, pour lui, le délire toxique rentre dans le délire vésanique.

La seule différence importante entre toutes ces classifications est la place à laquelle se trouve rangé le délire toxique. Londe résout la difficulté en lui créant une classe à part. Entre les deux derniers auteurs cités, Foville et Ball, la divergence d'opinions est des plus considérables. Foville résume l'avis de presque tous ceux qui l'ont précédé, et met le délire toxique avec le délire non vésanique. Ball, rompant avec la tradition, reporte le délire toxique à la vésanie. Nous aurions pu encore citer bien d'autres classifications, qui eussent encore présenté les mêmes différences.

Ceci nous indique qu'il y a là une difficulté, quand on veut différencier les unes des autres les diverses formes du délire. Chaque auteur fournit, en faveur de sa manière de voir, une série de raisons.

A quoi tiennent ces divergences? Surtout à ce que les uns prennent comme base de leur classification la symptomatologie, tandis que les autres recourent à la pathologie.

Ainsi le type des folies par intoxication, l'alcoolisme compte parmi les causes les plus fréquentes de vésanie, de folie véritable. Cependant, lorsque, partisan de la doctrine psychologique du délire mise en avant par Pinel et Esquirol, on admet que la folie ne répond pas à des lésions anatomiques, l'on est forcé de reporter le délire

alcoolique à côté du délire fébrile, dont il semble qu'on connaisse la cause.

N'ayant pas à faire de classification nous laisserons attirer notre attention sur les ressemblances qu'il y a entre les diverses formes de délire plus que sur leurs différences. On passe de l'une à l'autre par transition insensible.

Nous ferons remarquer que, dans la pneumonie entre autres, lorsqu'un malade précédemment alcoolique vient à délirer, il est fort difficile de faire la part de ce qui dépend de son alcoolisme. On a même coutume de considérer ce délire comme étant de nature alcoolique. Le fait peut être vrai quelquefois, mais on peut aussi voir des phénomènes identiques chez des individus parfaitement sobres.

De l'avis de la grande majorité, délire toxique et délire fébrile doivent être rapprochés l'un de l'autre. Nous verrons qu'à notre avis la pathogénie, autant que les symptômes, conduit au même résultat.

Sous le titre de délire fébrile, nous ne comprenons pas le délire qui survient dans les méningites, dans les encéphalites aiguës, dans les abcès du cerveau, en un mot dans toutes les maladies cérébrales infectieuses primitives, délire classé par Esquirol sous le nom de délire idiopathique : Dans ces cas, ni l'étiologie, ni la pathogénie ne sont discutables. La présence des micro-organismes au contact de la substance cérébrale suffit à expliquer ce que l'on observe. Dans ces maladies, le délire est un symptôme, ce n'est plus une complication et avec le délire on voit paraître les signes propres à la méningite.

CHAPITRE III

Étiologie.

1° ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

Prédisposition héréditaire. Tare nerveuse. — Lorsqu'on est en présence d'un cas de délire fébrile, la première pensée qui vienne à l'esprit, c'est qu'on est en face d'un individu prédisposé par ses antécédents héréditaires ou personnels à des troubles cérébraux. La maladie fébrile en troublant momentanément la nutrition de l'organisme a mis en évidence la faiblesse du système cérébral du sujet. De là viendrait ce délire passager.

A notre connaissance, l'alcoolisme est la seule cause prédisposante qui soit invoquée aussi souvent que la faiblesse cérébrale.

Attribuer à un malade des antécédents nerveux est chose bien facile. En effet, d'un malade qui se trouve dans la torpeur du début d'une fièvre typhoïde ou au contraire dans une agitation extrême, il est impossible de tirer des

renseignements très exacts, sur lui-même et sur ses parents.

Il est d'autant plus facile de croire à des troubles nerveux antérieurs chez le malade ou chez ses ascendants que, si l'on fait l'interrogatoire du malade avec un esprit prévenu, on arrivera presque toujours au résultat que l'on désire. Les signes sur lesquels on se base pour déclarer un individu nerveux sont assez nombreux et assez fréquents pour que, chez toute personne, on puisse les rencontrer. Nombreuses sont les diverses formes de maladies nerveuses, surtout si l'on tient compte des plus bénignes et des symptômes les plus passagers, plus nombreux encore ceux qui en sont atteints. Souvent aussi, ne trouvant pas de maladie nerveuse caractérisée, on se contente de relever une émotivité anormale, un simple manque d'harmonie entre les facultés mentales, la bizarrerie du caractère, des obsessions ou des impulsions irrésistibles, ou quelque signe qui, pris isolément, n'a que fort peu d'importance. On voit encore sur certaines observations noter des déformations crâniennes ou faciales, de l'asymétrie, ou tout autre de ces symptômes considérés comme les stigmates des dégénérés.

Mais si l'on recherche ces différents symptômes sur un individu pris au hasard et qu'en outre on prenne des informations semblables sur une ou deux générations d'ascendants (ce qui fait déjà sept personnes), sans compter les collatéraux, on peut être pour ainsi dire sûr qu'on en trouvera quelques-uns.

Cette critique, sur une tendance générale à considérer toujours les fous et les délirants, quels qu'ils soient, comme des héréditaires, ou d'anciens prédisposés, peut

jusqu'ici paraître lancée à la légère, puisque nous n'avons encore cité aucun fait particulier venant à l'appui de ce que nous avançons.

Nous pourrions d'abord engager chacun à chercher dans ses souvenirs, s'il n'a pas connaissance de faits semblables. Ne pouvant nous appesantir longtemps sur un point de détail, nous nous contenterons de citer un cas pris au hasard dans la littérature médicale.

Le 13 juin 1890, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. Raymond présente deux cas d'albuminurie avec des troubles intellectuels. Dans les deux cas, il a soin de noter et de faire remarquer que ses malades n'ont ni antécédents personnels, ni antécédents héréditaires. Malgré ces affirmations, basées sans aucun doute sur des renseignements pris auprès des malades. M. Ollivier qui prend la parole immédiatement après, soutient que le délire observé par M. Raymond reconnaît pour cause l'hérédité névropathique.

Cet exemple, pris entre bien d'autres, suffit à montrer avec quelle prodigalité on est porté à attribuer aux malades des antécédents nerveux, alors même qu'ils n'en ont pas.

Si l'on consulte nos observations, on pourra voir que, dans quelques-unes, les antécédents ont été notés et il s'en trouve où des malades atteints de délire pendant une maladie fébrile ont affirmé n'avoir jamais eu d'antécédents nerveux d'aucune sorte.

Mais ici une objection se présente : il est, dira-t-on, fort difficile de prouver que les malades n'ont pas parmi leurs parents quelque aliéné ou quelque nerveux. Les maladies mentales sont du nombre de celles qu'on désire le

plus généralement tenir cachées, quand il s'en rencontre dans une famille. Tantôt sciemment, tantôt par ignorance aussi, le malade trompera le médecin qui l'interroge sur ce sujet. Les individus, lorsqu'on s'informe de leurs antécédents ne peuvent être crus qu'avec des réserves très prudentes et assez souvent justifiées. On ne peut même recourir, en toute sécurité au témoignage d'un parent du malade. Celui-là aussi, pourrait avoir le même intérêt que le malade lui-même à tromper le médecin.

Il faudrait, pour affirmer en toute connaissance de cause qu'il n'y a rien à relever dans les antécédents d'un malade, que le médecin connût par lui-même la famille de celui-ci pour l'avoir soignée pendant longtemps. Semblables observations, qui peuvent être faites en des circonstances particulières, ne se voient pas dans les hôpitaux. Les enquêtes qu'elles nécessiteraient sont incompatibles avec le nombre des malades en traitement.

Les renseignements donnés par les malades, en supposant même que ceux-ci soient sincères, sont rarement complets et l'on n'en peut tirer aucune conclusion ferme.

Pour se rendre compte de l'importance que peut avoir, sur le développement du délire fébrile, l'existence d'antécédents héréditaires ou personnels, il ne faut donc attacher qu'une médiocre confiance à ce que les observations donnent comme le relevé des antécédents morbides spéciaux.

Dans les observations que nous pouvions consulter, le petit nombre des cas dans lesquels les antécédents avaient été relevés, s'ajoutant à l'exactitude très douteuse des renseignements inscrits, auraient rendu [de nulle valeur la statistique que nous aurions pu établir.

Ainsi donc, lorsque le délire fébrile paraît chez un sujet qui, jusque-là n'a pas été manifestement aliéné, il est impossible, à moins d'exceptions très rares, de faire la part des prédispositions.

Nous désirions pourtant savoir si les antécédents avaient en réalité l'importance qu'on a coutume de leur attribuer.

Ne pouvant résoudre la question directement, nous avons cherché si un moyen détourné ne nous permettrait pas d'arriver au résultat que nous cherchions.

Nous avons étudié deux ordres de faits également intéressants : les maladies fébriles chez des aliénés, et les maladies fébriles chez d'anciens aliénés. Pour la première catégorie, les observations étaient nombreuses. Pour la seconde, nous n'en avons pu trouver qu'une seule observation personnelle recueillie dans le service de M. le professeur Teissier, au sujet d'une malade sortie de l'asile de Bron depuis quelques jours seulement, après guérison, et entrée à l'Hôtel-Dieu pour une fièvre typhoïde (observation XXXIII).

On devait *a priori*, logiquement tenir le raisonnement suivant : Si le délire fébrile se développe surtout chez des prédisposés, on devrait, lorsqu'une maladie fébrile se développe soit chez un aliéné, soit chez un ancien aliéné guéri, on devrait, dis-je, observer dans le premier cas une recrudescence du délire ou une forme nouvelle se surajoutant à l'ancien, dans le second cas des accès délirants, puisque le malade, malgré une guérison au moins momentanée est certainement resté prédisposé au délire.

Chez les aliénés en traitement dans les asiles, l'étude des troubles de l'intelligence faite au moment de l'entrée à l'asile renseigne très exactement sur les antécédents

personnels. Pour cette partie de notre étude, l'asile de Bron nous a offert un grand nombre d'observations :

Nous citerons d'abord l'observation de cette malade qui, sortie guérie de l'asile de Bron où elle avait été enfermée pendant cinq mois, entra avec une fièvre typhoïde dans le service de M. le professeur Teissier, alors suppléé par M. le professeur agrégé Lannois. Ce dernier nous autorisa à suivre la marche de la maladie jour par jour et à en prendre l'observation.

Dès le début, cette malade se présentait à nous avec des antécédents personnels et héréditaires bien nets, sa mère ayant également été internée à Bron. A son entrée, vers la fin de la première semaine de sa maladie, en dehors de l'influence d'aucun traitement, puisqu'il n'en avait encore été institué aucun, il était remarquable de constater combien l'état intellectuel de la malade était meilleur que celui de la majorité des typhiques. Elle n'avait pas le faciès typhique, nullement abattue, répondant au contraire avec la plus grande lucidité aux questions qu'on lui posait. Elle se rendait même compte que les extravagances auxquelles elle s'était livrée, avant son entrée à Bron, avaient nécessité son internement.

Les conclusions qu'on peut tirer de cette observation concordent assez mal avec cette idée émise plus haut, que les maladies fébriles font délirer les prédisposés.

Étudions maintenant les maladies aiguës chez les aliénés en possession de leur délire, et cherchons quelles sont les modifications apportées à l'état mental par l'affection surajoutée.

On trouve très couramment enseigné dans certains ouvrages (voir p. 72), que, si un aliéné est atteint d'une

de ces maladies fébriles qui s'accompagnent ordinairement de délire, ce nouveau délire se superpose à l'ancien, dont il reste distinct et dont il diffère par tous ses caractères.

Le délire fébrile serait passager comme la maladie dont il dépend, et, une fois la période de convalescence achevée, on retrouverait l'aliéné revenu à son état ordinaire, sans que sa folie fût modifiée.

Le résultat de nos recherches sur les observations a été tout différent.

Sur la plupart des opérations consultées, nous trouvions en effet : État mental non modifié. Dans quelques cas rares, il est vrai, il était noté une agitation plus forte qu'auparavant.

Mais un fait spécial a particulièrement attiré notre attention. Nous avons rencontré plusieurs observations dans lesquelles une maladie fébrile avait, chez divers aliénés, amené une amélioration de l'état mental.

Dans quelques cas, l'amélioration fut seulement passagère, et, la maladie une fois guérie, les aliénés revenaient plus ou moins vite à leur état antérieur. Dans d'autres cas au contraire, la guérison fut complète, et, dans un cas de fièvre typhoïde en particulier, une malade qui était à Bron depuis un an, en sortit guérie.

Depuis quatre ans, cette guérison se maintient. Nous avons pu être renseigné sur le sort de la malade parce qu'une de ses sœurs se trouve encore actuellement à l'asile et la nouvelle de cette guérison complète nous est parvenue par le mari de cette dernière malade.

Des faits semblables ont déjà été cités depuis un certain temps :

Ainsi, Zander¹, dans dix-huit cas de variole à la maison d'aliénés de Saint-Urban, vit deux cas d'amélioration passagère des psychoses.

A l'asile d'aliénés de Vienne, Wagner cite qu'une femme atteinte de folie puerpérale fut très améliorée à la suite d'une fièvre typhoïde.

Deux cas d'érysipèle ont amené : le premier, guérison complète d'une femme de quarante-deux ans atteinte à la ménopause d'une psychose aiguë suivie de démence secondaire ; le second, amélioration notable d'une femme enfermée pour délire mélancolique avec hallucinations ; toutefois, dans ce deuxième cas, le mieux ne fut pas durable.

Wagner a pu réunir 95 cas de fièvre typhoïde, 7 cas de fièvres éruptives, 3 cas de choléra, 70 cas de fièvres intermittentes, 22 cas de fièvre récurrente et 11 cas d'érysipèle ayant produit amélioration ou guérison de l'aliénation mentale.

Si nous avons voulu démontrer directement que les malades atteints de délire fébrile n'étaient que rarement des héréditaires, des dégénérés nous n'aurions pu y parvenir, l'étude que nous venons de faire de l'influence des maladies fébriles sur le délire des aliénés ou d'anciens aliénés montre que la fièvre peut, chez des individus manifestement prédisposés, ne pas produire le délire ou même guérir celui qui existait, au lieu d'en produire un nouveau.

Bucquoy et Hanot² n'attachent aucune valeur à la pré-

¹ Zander, *Corr. Blat. f. Schweiz Aertze*, n° 5 p. 129, 1^{er} mars 1879.

² B et. H., *Archives générales de médecine*, 1881. Quelques remarques

disposition : « Il convient de ne pas abuser de la prédisposition, de l'idiosyncrasie. Il ne faut pas oublier, en effet, que la maladie peut être la cause entièrement déterminante d'une diathèse qui se crée de toutes pièces pendant son cours, de telle sorte qu'un individu, absolument indemne jusque-là, présentera pendant la maladie, et aussi plus tard, à des intervalles variables, des accidents cérébraux découlant de cette origine. »

Il est bien loin de notre pensée de vouloir dire que les prédispositions individuelles, que la résistance intellectuelle de chacun n'aient aucune influence sur le délire. Chaque personne réagit d'une façon quelque peu spéciale vis-à-vis d'une même cause morbide, d'une excitation venue de l'extérieur.

Seulement, au lieu de donner aux prédispositions une importance capitale, nous les admettons comme des causes tout à fait secondaires.

A cette idée que les malades prédisposés par leurs antécédents ont déliré à propos d'une maladie quelconque, nous substituons cette autre idée que la maladie a produit le délire au même titre que l'un quelconque de ses symptômes, et qu'un sujet dont la résistance cérébrale est amoindrie délirera plus aisément qu'un autre ou peut-être d'une façon spéciale.

Alcoolisme. — Nous pourrions à propos de l'alcoolisme répéter une grande partie de ce que nous venons de dire pour l'hérédité nerveuse. C'est une des causes de délire qui sont le plus souvent invoquées, et c'est une de celles

cliniques sur le délire de la fièvre typhoïde, particulièrement le délire de la convalescence.

dont la réalité est peut-être le moins démontrée. Lorsqu'il s'agit de délire violent, avec agitation, excitation, délire d'action, tel que celui de la variole ou de la pneumonie, on invoque souvent l'alcoolisme. Ainsi Fiedler, Gultstadt, Osbart émettent l'avis que les délirants varioleux ont le plus souvent des origines alcooliques.

Affirmer d'un malade qu'il est alcoolique, quand il avoue de nombreux excès de boissons, et qu'il présente en outre des symptômes d'intoxication alcoolique, n'est que la constatation d'un fait évident ; mais la question n'est pas toujours aussi simple, et si, dans certains cas, on peut prouver avec certitude qu'un malade est alcoolique, il est bien plus difficile de démontrer de tel autre qu'il ne l'est pas. On ne doit guère en effet s'en rapporter à l'interrogatoire du malade. Journallement à cette première question : « Avez-vous l'habitude de consommer beaucoup d'alcool ? » de très bonne foi, le malade répond négativement, et presque avec indignation ; puis, lorsque, entrant dans le détail, l'on fait préciser quelles sont les quantités d'alcool absorbées chaque jour, on acquiert bientôt la conviction d'être en présence d'un malade qui en fait un abus manifeste.

Plus souvent encore, on n'obtient aucun aveu, et il faut recourir au témoignage d'un parent, d'un ami du malade. Si la mention « alcoolique » ou « non alcoolique » mise dans les observations reposait toujours sur de semblables renseignements, elle aurait une tout autre valeur que celle qu'on peut lui accorder d'habitude.

Il nous semble, de plus, qu'il est une question très délicate à déterminer, c'est ce que l'on doit entendre par alcoolisme. Généralement, dans l'interrogatoire des

malades, on s'informe seulement de la quantité des boissons ingérées, sans s'occuper ni de la nature, ni de la qualité de ces boissons, ni surtout des effets produits par l'alcool sur l'organisme. Or ce sont là autant de facteurs qui, pris chacun isolément, ont une importance au moins égale à la notion quantité.

Si l'on ne tient compte que de la quantité, rien ne sera plus dissemblable que le jugement porté par plusieurs observateurs sur un même individu. On est toujours tenté de juger les autres en comparant leurs habitudes aux siennes et tel médecin très sobre ne verra partout que des alcooliques, tandis que tel autre, porté à l'indulgence pour divers motifs, n'en rencontrera qu'un nombre bien moindre.

La qualité de l'alcool est à prendre en considération. On sait que l'intoxication est produite d'une façon bien plus rapide et bien plus grave par les alcools autres que l'alcool éthylique, ou par les essences qui composent certaines liqueurs.

Mais ce qui nous paraît le plus important à noter, c'est la façon dont les individus résistent à l'alcool et le supportent. Tandis qu'on voit l'ébriété survenir chez l'un avec des doses extrêmement minimes, un autre au contraire n'arrive que difficilement à l'ivresse ; à celui-ci, un estomac tolérant, et ce que l'on appelle un cerveau solide, permettent d'en absorber des quantités considérables sans inconvénients.

Autant la résistance individuelle varie pour un excès passager de boissons, autant elle est différente pour des excès prolongés et si l'on arrivait à récapituler les quantités d'alcool prises par plusieurs personnes avant d'en

arriver à l'alcoolisme chronique confirmé, on verrait que rien n'est plus variable.

S'inquiéter seulement des excès de boissons qui ont été faits par le malade, c'est s'occuper de la cause sans songer à la part qui revient à l'organisme, réactif qui a pourtant bien son importance.

Il serait bien plus instructif de savoir si le malade a déjà présenté antérieurement ou présente encore au moment de l'examen des symptômes d'alcoolisme, troubles nerveux gastriques ou hépatiques, tremblement, etc.

Le cas peut se présenter où, à l'occasion du trouble apporté dans l'organisme par une maladie infectieuse, l'alcoolisme, jusqu'alors latent, se manifestera par des troubles cérébraux ; mais c'est là une coïncidence bien fortuite qu'on ne saurait accepter comme règle générale.

Nous avons vu deux fois le délire violent de la pneumonie avec délire d'action survenir dans des cas où nous ne pouvions soupçonner l'alcoolisme dans un cas, notamment, où le jeune âge du malade permettait *a priori*, aussi bien qu'après renseignements pris, d'exclure l'abus de l'alcool.

Nous croyons faire assez large la part de l'alcoolisme, en lui attribuant à peu près le même rôle qu'aux antécédents nerveux. Il est une cause d'affaiblissement du système cérébral, et peut faire simplement que le délire se développe avec une plus grande facilité.

Malgré le peu de confiance qu'on peut accorder aux statistiques dressées de la façon habituelle, et nous venons d'en exposer les raisons, nous donnons cependant celle qui a été établie par M. Vinay, pour l'alcoolisme dans la variole. Il a réuni dans la littérature quarante et une

observations, complètes de variole avec délire, et il n'y a pas trouvé un seul alcoolique. Dans les cas traités dans son service (29) il n'a vu qu'un alcoolique.

Age. — L'âge ne paraît pas influencer beaucoup le développement du délire fébrile. Sur quarante et un cas de délire fébrile, M. Vinay trouve que, dans 51,3 pour 100 des cas, les malades étaient âgés de moins de trente ans. Dans les observations que nous avons lues, dans vingt-cinq cas, les malades avaient moins de trente ans et dans vingt-trois cas étaient plus âgés.

On peut faire remarquer seulement que chez les enfants le délire s'accompagne fréquemment de convulsions et est quelquefois remplacé par elles.

Sexe. — Sur 7 cas de fièvre typhoïde avec délire¹, il y avait 2 hommes et 5 femmes ; 3 cas d'érysipèle portaient sur 3 hommes ; 8 cas de pneumonie, sur 8 hommes ; 5 autres cas de fièvre typhoïde, sur 2 hommes et 3 femmes ; 1 cas de scarlatine sur une femme ; 24 cas de variole, sur 16 hommes et 8 femmes.

Grisolle sur 435 cas de pneumonie en avait observé 1/8 avec du délire. Il avait trouvé les cas de délire plus fréquents chez l'homme et, chez celui-ci, plus ordinaires dans la période de quarante à soixante ans.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer dans l'introduction (p. 5), ces nombres n'ont pas une valeur absolue parce qu'ils peuvent varier suivant les épidémies et les pays. Ils ne représentent nullement la proportion des cas de délire dans une maladie donnée sur la population entière d'une ville pendant une certaine période, mais la

¹ Courbet, thèse de Paris, 1887.

fréquence parmi les malades que le hasard a réunis dans un même service d'hôpital.

Race. — Nous n'avons rien remarqué qui puisse faire supposer une race plus fréquemment atteinte qu'une autre.

Saisons. — Le nombre des cas de délire est intimement lié au nombre des cas des maladies qui l'engendrent, et celles-ci peuvent être plus ou moins fréquentes suivant les saisons sans qu'on puisse attribuer aux périodes de l'année une bien grande importance.

Misère, fatigue, surmenage physique ou intellectuel, troubles de nutrition sont autant de causes prédisposantes qui, en affaiblissant l'organisme, le rendent moins apte à résister aux infections qui donneront naissance au délire fébrile. Certaines d'entre elles peuvent même avoir une action plus marquée sur le système nerveux en particulier.

Inanition. — C'est une cause que l'on peut admettre comme prédisposante au même titre que les précédentes. Nous aurons à reparler de l'inanition en plus grand détail, à propos de la pathogénie, parce que certains auteurs l'admettent, souvent en la combinant à l'anémie, comme étant le mécanisme intime de production du délire fébrile.

2° ÉTIOLOGIE

Les maladies qui donnent naissance au délire fébrile sont tellement nombreuses, qu'il faut adopter une classification pour les énumérer toutes, et les grouper dans un ordre logique. Une classification basée sur la pathogénie de ces maladies sera celle qui facilitera le plus notre tâche,

car les maladies d'une même classe évoluant toutes d'une façon très semblable, puisqu'elles sont dues à des causes analogues, créeront le délire fébrile par les mêmes procédés. Nous éviterons ainsi de répéter les mêmes considérations à propos de plusieurs affections, nous bornant à établir les discussions pour chaque groupe de maladies.

La classification la plus simple, celle qui nous convenait le mieux, était celle qui se trouve adoptée dans la plupart des traités de pathologie interne ou générale.

Du groupe des maladies générales nous avions à exclure les maladies générales diathésiques, cancer, goutte, diabète et les maladies dyscrasiques avec les cachexies, anémie, leucémie, maladie bronzée d'Addison, cachexie pachydermique, etc., qui restent en dehors de notre cadre, comme ne donnant jamais, ou bien rarement, naissance au délire fébrile. Si on l'y rencontre quelquefois, il est dû, non pas à la maladie principale, mais à l'une des affections que nous allons énumérer, et qui sera survenue comme complication des états précédents.

Dans les maladies virulentes telles que la syphilis, la rage, la morve, le charbon, la présence du délire fébrile, est assez discutable, en tant qu'on doive l'attribuer à ces affections elles-mêmes.

Les maladies typhoïdes, fièvre typhoïde, fièvre jaune, les maladies telluriques, fièvre palustre, suette, choléra, grippe, les fièvres éruptives, rougeole, rubéole, scarlatine, variole, varicelle sont au contraire les maladies pendant lesquelles s'observe le délire fébrile. Nous négligeons d'en citer quelques-unes qui, beaucoup plus rares, rentrent cependant dans les mêmes catégories.

Si notre énumération s'était bornée aux maladies dont

l'étude relève de la pathologie interne, nous aurions laissé de côté toute une partie de notre sujet et non pas la moins intéressante. Nous voulons parler du délire dans les affections chirurgicales et dans les affections obstétricales. Quoiqu'il ne soit guère de coutume d'en parler, lorsqu'on traite du délire fébrile, il nous semble que cette omission n'est nullement justifiée.

En chirurgie, le délire fébrile s'observe dans les cas d'affections inflammatoires, quand, le malade suppurant, la collection purulente est assez considérable ou assez diffuse pour amener avec elle un mauvais état général de la fièvre, avec aspect typhique. L'érysipèle chirurgical, la lymphangite, les phlegmons, l'infection purulente, sont autant de cas dans lesquels se montre le délire fébrile.

En chirurgie spéciale, dans les affections des voies urinaires, il est encore une maladie générale de l'organisme produite, comme l'ont démontré les travaux d'Albarran et Hallé¹, par une infection microbienne du sang, l'empoisonnement urinaire, qui produit assez souvent le délire fébrile. Nous nous souvenons qu'au début de nos études médicales, dans le service de M. le professeur Guyon, nous en avons vu se produire quelques cas, mais alors, notre attention ne s'était pas encore portée sur ce point spécial.

En obstétrique, l'on voit aussi qu'il se présente des cas de délire fébrile, bien qu'ils ne soient pas étudiés d'ordi-

¹ Albarran et Hallé, Note sur une bactérie pyogène et sur son rôle dans l'infection urinaire. (*Bull. Acad. de Méd.*, 2^e série XX, p. 310-324, Paris 1888.)

Id., *Gaz. méd.*, 7^e série, p. 435-438, Paris, 1888.

Id., *Ann. méd. chir. franç. et étrang.*, p. 193-202, Paris, 1888.

naire sous ce nom : « La folie des nouvelles accouchées est habituellement décrite sous le nom de manie puerpérale... Le plus habituellement cette folie se développe, soit dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, soit à l'époque du retour des couches. Le début de la maladie est quelquefois subit, mais le plus souvent, il est précédé par une accélération du pouls, de la chaleur à la peau, de la sécheresse de la langue, de la soif et par l'appareil symptomatique des pyrexies. Les formes de l'aliénation mentale sont loin d'être ici également fréquentes. Au premier rang, il faut placer la manie, puis la mélancolie, et la folie partielle. La manie des nouvelles accouchées peut se terminer par la guérison, l'incurabilité et, dans quelques cas rares, par la mort. De toutes les terminaisons la plus fréquente est la guérison¹. »

Nous savons actuellement à quoi sont dues ces élévations de température passagères, ces maladies inflammatoires en réduction.

La cause en est à des infections utérines peu intenses dont le mécanisme et l'évolution sont identiques à ceux des maladies que nous avons citées précédemment. Dès lors, la manie puerpérale, telle qu'elle est décrite par Tarnier et Budin, devient un accès de délire fébrile. Le passage cité nous en donne à la fois la raison, les symptômes et le pronostic.

Ces cas de délire fébrile, dont le point de départ est ou une affection chirurgicale, ou un accouchement, tombent moins directement sous l'observation des médecins, mais cependant il n'est aucune raison valable pour que

¹ Tarnier et Budin, *Traité des accouchements*, t. II, p. 167, 1888.

l'étude en soit faite à part. Les maladies dont ils dépendent sont de celles dont la nature microbienne n'est pas discutable.

Réunissant alors toutes ces maladies sans établir de distinction entre celles qui sont d'origine chirurgicale, médicale ou obstétricale, nous voyons qu'on peut simplement les diviser en deux grandes catégories : d'un côté les maladies microbiennes, de l'autre les fièvres éruptives.

La séparation entre ces deux groupes est justifiée par ce fait que la nature microbienne des fièvres éruptive n'est pas établie. De très nombreuses recherches bactériologiques ont fait découvrir dans la variole, dans la scarlatine, des microbes d'espèces variées, mais aucun d'eux n'est spécifique de ces maladies. Les découvertes de Pfeiffer tendraient même à montrer comme agents pathogènes des amibes, des protozoaires, et non des microbes. Mais dans ces maladies, le rôle des microbes est encore très considérable par les infections secondaires, et c'est là une question sur laquelle nous reviendrons plus spécialement en parlant de la pathogénie du délire fébrile.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

De nombreuses difficultés se présentent lorsqu'on veut se rendre compte des lésions anatomo-pathologiques qui correspondent au délire fébrile.

Le résultat des autopsies est assez variable suivant les auteurs, souvent négatif, et de plus les autopsies ne sont pas aussi nombreuses qu'on serait tenté de le croire. Le délire fébrile, quand il vient compliquer une maladie, ne signifie pas que celle-ci soit toujours mortelle, ni même très grave, et les cas de guérison ne sont pas rares. Il est tellement habituel de trouver des lésions cérébrales absolument minimales, que bien souvent, dans des autopsies un peu hâtives, on néglige l'examen des centres nerveux, la mise à nu de l'encéphale, opération assez pénible, qui donnera des résultats nuls ou peu appréciables. Toutes ces raisons réunies diminuent de beaucoup le nombre des autopsies complètes.

Nous commencerons notre relevé des autopsies par les

cas de fièvre typhoïde. C'est la maladie pour laquelle nous avons pu réunir le plus grand nombre d'autopsies avec examen de l'encéphale.

Louis¹ et Andral disent qu'il n'y a pas de lésion appréciable, et que l'on doit considérer l'état congestif des centres nerveux ou de leurs enveloppes comme le résultat de l'agonie ou d'une infiltration cadavérique.

Chedevergne² met en doute l'existence d'une méningo-encéphalite.

Fritz³ signale une simple hyperhémie du tissu nerveux et de ses enveloppes.

Meynert⁴ décrit l'injection des vaisseaux encéphaliques. Les corps opto-striés présentent des taches diffuses brunes dues à des granulations pigmentaires dans les cellules nerveuses dont les contours sont agrandis et diffus.

M. Vallin⁵ cite l'observation d'un malade mort au troisième jour et qui présenta de la méningite suppurée de la base.

Buhl⁶ a vu, à l'hôpital de Vienne, mourir un malade au septième jour, avec de la méningite. Griesinger rappelle un cas semblable.

Cazalès⁷ donne l'exemple suivant : enfant mort au hui-

¹ Louis, *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde*, 1841.

² Chedevergne, th. Paris, 1864.

³ Fritz, *Étude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde*, th. Paris.

⁴ Meynert, *Wien medical Jahrbüch*, 1866.

⁵ Vallin, *Gazette médicale de Paris*, 1864.

⁶ Buhl, *Ueber der Wassergehalt im Gehirn bei Typhus* (*Zeitschrift für ration. Med.*, t. IV, 1858).

⁷ Cazalès, Th. Paris, 1874.

tième jour avec délire aigu datant de quatre jours. A l'autopsie il trouve la pie-mère injectée.

Bulh, cité par Jaccoud¹, a démontré que, pendant la période initiale et la période d'état des fièvres du genre typhus, la proportion d'eau de la substance blanche est augmentée de près de 6 pour 100. C'est pour lui comme pour Etoc-Demazy un œdème aigu du cerveau.

Rosenthal² a trouvé des altérations des cellules pyramidales des centres nerveux. Elles perdent leurs prolongements, deviennent rondes, et subissent une dégénérescence granuleuse. Il croit aussi à une segmentation des cellules.

Fontagny a vu des adhérences de la pie-mère, surtout au niveau des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes.

Bouchut décrit une stase sanguine des veines méningées, une hyperhémie de la pie-mère avec adhérences à la masse cérébrale dont la substance corticale est un peu ramollie, infiltrée.

Buhl et Hoffmann signalent un œdème ou hyperhémie du cerveau, avec segmentation des cellules nerveuses et des parois capillaires. Cet œdème produit, d'après le premier de ces auteurs, les accidents vésaniques.

Popoff a constaté l'infiltration du tissu cérébral par de petits éléments cellulaires, ressemblant aux corpuscules lymphoïdes ou aux granulations de la névroglie, éléments qui sont répandus en grand nombre dans les espaces péri-cellulaires décrits par Obersteiner et qui, assez souvent,

¹ Jaccoud, *Path. int.*, t. II, p. 796.

² Rosenthal, *Gazetta lekarska*, n° 19, 1881.

ont pénétré dans la cellule ganglionnaire elle-même. Ces corpuscules proviendraient du sang et seraient la suite de la leucocytose qui existe constamment dans le typhus abdominal.

Courbet, à la thèse duquel sont empruntées une partie des autopsies précédentes, donne lui-même trois autopsies :

Dans la première, il y avait hyperhémie des deux substances blanche et grise. Les vaisseaux de la pie-mère étaient fortement turgescents, ce qui donnait aux tissus la teinte hortensia.

Deuxième autopsie, cerveau simplement congestionné.

Troisième autopsie, pas de lésions macroscopiques appréciables.

Observation personnelle (voir aux observations numéro XXXIV). — Méninges non épaissies ni adhérentes, un peu hyperhémisées.

Il est à remarquer que, dans tous les cas où il a été trouvé de la méningite suppurée, des adhérences récentes, comme dans les cas de Bouchut, Cazalès, Fontagny, etc., il y avait eu pendant la vie des symptômes de méningite vraie, contractures, paralysies. Or, comme nous l'avons déjà dit, nous ne nous occupons ici que des cas de délire fébrile proprement dit, abstraction faite de tous les cas de délire idiopathique.

Si, donc, nous séparons les cas de méningite, il nous reste des lésions anatomo-pathologiques assez indécises, le plus souvent de la congestion des vaisseaux cérébraux, des méninges, de la substance cérébrale, et plusieurs fois un cerveau normal, au moins en apparence.

Le relevé que nous venons de faire à propos de la fièvre

typhoïde, nous pourrions le faire tout aussi détaillé pour les autres maladies. Mais nous ne pouvons continuer indéfiniment cette énumération dont les résultats seraient toujours les mêmes; nous nous contenterons de donner le résultat de quelques autopsies, d'autant plus qu'elles nous fourniront bien peu de renseignements nouveaux.

Pneumonie. — Grisolle dans un tiers des cas trouve une méningite récente avec infiltration purulente du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans toute l'étendue de la convexité des hémisphères. Dans les autres cas, l'on ne constate rien ou seulement un piqueté léger. Moreau¹ donne une observation de délire de la pneumonie, avec autopsie. Le cerveau et les méninges ne présentaient aucune altération. Il se trouvait seulement un peu de sérosité dans les ventricules et à la base du cerveau.

Choléra. — Une observation de Mesnet est relatée par Ball². Il s'agissait d'un délire fébrile avec suicide dans la convalescence. A l'autopsie, pas de trace de méningite, rien qu'un état sablé, piqueté de la substance cérébrale.

Rhumatisme. — Trousseau³, dans sa leçon sur le rhumatisme cérébral, expose que le résultat des autopsies est absolument négatif; il n'y a jamais le moindre signe d'anémie, d'hyperhémie ni d'épanchement interventriculaire.

Variole. — Thore⁴ attribue les hallucinations à la congestion de l'encéphale.

¹ Moreau, *Du délire de la pneumonie*, th. Paris, 1864.

² Ball, *Encéphale*, 1885.

³ Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 817.

⁴ Thore, *Ann. médico-psych.*, p. 162, 1856.

Deux autopsies de M. Vinay : 1° (Obs. I). Variole cohérente. A l'autopsie, méninges absolument normales, nulle part on ne trouve de plaques ni de congestion plus marquée en un point quelconque.

Les méninges se détachent aisément, pas d'adhérences. La substance corticale offre une légère teinte hortensia au niveau des lobes frontaux. A la coupe de la troisième circonvolution droite, coloration hortensia très nette de toute l'épaisseur de la substance blanche. Ailleurs, rien de particulier à noter.

2° Variole confluyente. Rien aux centres nerveux (Obs. XVI).

Dans la *rougeole*, il n'a rien été signalé.

Dans la *scarlatine*, Rosenthal a retrouvé les mêmes lésions que dans la fièvre typhoïde.

Si l'on veut résumer les résultats obtenus, les lésions découvertes dans toutes ces autopsies, on ne trouve à l'examen microscopique, que de la congestion, soit des méninges, soit de la substance cérébrale. Quelquefois un exsudat peu abondant dans les ventricules, ou bien encore on n'a rien constaté d'anormal.

Ce dernier résultat, nous le faisons remarquer, a été observé un trop grand nombre de fois et par trop de médecins différents pour qu'on puisse accuser les examens d'avoir été superficiels.

Les recherches microscopiques ont montré une altération des cellules nerveuses, ou une diapédèse active autour des grandes cellules pyramidales, dans les espaces d'Abersteiner.

Quant aux constatations bactériologiques, nous n'avons pu trouver aucun travail qui se rapporte à la question.

Des recherches dans ce sens, que les résultats fussent d'ailleurs positifs ou négatifs, nous auraient été de la plus grande utilité, mais nous ne connaissons rien qui ait été fait sur ce sujet.

CHAPITRE V

Pathogénie.

Le point le plus délicat de notre tâche dans l'étude du délire fébrile est certainement d'en donner une interprétation pathogénique satisfaisante. Bien des théories en ont été données, comme nous le verrons en en faisant l'historique. Aucune ne nous a paru valable : ou bien elles ne concordent pas avec les observations cliniques ou elles donnent comme cause au délire une cause qui a besoin elle-même d'être interprétée et qui ne l'est pas.

C'est au nom de l'observation clinique que nous examinerons successivement les théories pathogéniques données, éliminant à mesure celles qui seront en contradiction avec les faits observés.

Arrivant, nous pouvons le dire d'avance, à n'en pas trouver une qui soit admissible, nous verrons si une nouvelle théorie, basée sur les découvertes les plus récentes, ne serait pas préférable aux précédentes. Son plus grand défaut sera de n'être, comme les autres, qu'une hypothèse, mais les expériences qui, seules, pourraient la

transformer en une vérité indiscutable nous semblent presque impossibles à réaliser.

La théorie le plus souvent invoquée est celle du délire créé par la fièvre : *c'est la fièvre considérée comme simple élévation de la température du sang qui provoque l'apparition du délire* (Liebermeister, Hirtz, Curschmann). Ainsi présentée, cette théorie est manifestement insuffisante, d'ailleurs une partie de la discussion qui lui serait applicable sera faite à propos de la théorie suivante; celle-ci, plus complète, est à première vue plus acceptable.

Certains malades réunissant quelques-unes des conditions étiologiques précédemment énumérées (chap. II) *peuvent délirer à propos d'une élévation de la température organique* (cause occasionnelle). Cette théorie expliquerait déjà mieux que la précédente comment tous les individus ne réagissent pas de la même façon à une excitation semblable pour tous.

Dans le cas qui nous occupe, il s'agit de savoir si l'élévation de température est précisément cet excitant qui doit donner naissance au délire.

Or, si l'on examine les observations, on voit que le délire n'est nullement déterminé par la fièvre. Il n'y a entre ces deux éléments qu'une relation de coexistence, suffisante pour que l'on puisse songer à les faire dériver de causes assez analogues, mais ne donnant nullement la conviction qu'on doit admettre l'un comme cause de l'autre.

Nous allons citer et étudier un grand nombre d'observations. Il n'en est pas une, pourrions-nous dire, qui, prise isolément, donne la preuve indiscutable de ce que nous avançons, mais, de l'ensemble des faits cités, sort un

faisceau de probabilités si nombreuses qu'elles peuvent entraîner la conviction.

D'après la théorie dont nous nous occupons, le délire (effet) devrait correspondre à la période des plus fortes températures (cause) ou du moins succéder à un court intervalle de temps.

Voici au contraire ce que montrent certaines observations que nous avons choisies entre beaucoup d'autres :

Obs. IV. — Tr..., Vincent, vingt ans. Variole cohérente grave. Le délire a commencé pendant l'invasion, persiste avec une température peu élevée ($37^{\circ},5$ — $38^{\circ},2$) et cesse la veille du jour où va avoir lieu la plus forte élévation de la température ($39^{\circ},5$).

Obs. V. — R... Variole cohérente. Le malade entre à l'hôpital ayant $40^{\circ},6$. Il délire quatre jours après, n'ayant plus que $37^{\circ},5$. Le délire dure un seul jour, puis la température remonte à 40 degrés, la veille de la mort sans que le délire se montre de nouveau.

Obs. VI. — B... Variole confluyente. Délire au premier jour de la suppuration, tandis que la température n'atteint $40^{\circ},5$ et $41^{\circ},5$ que le lendemain et le surlendemain seulement.

Obs. VII. — L... Variole cohérente. Délire mélancolique présuppuratif. A son entrée, deux jours après le début de la période d'épuration ($40^{\circ},7$) la malade est un peu anxieuse, mais ne délire pas. Le délire apparaît le lendemain, lorsque la température descend à $38^{\circ},7$, puis

le jour suivant à $37^{\circ},5$ et $38^{\circ},1$. L'agitation est à son maximum à ce moment ; la malade se disait perdue, appelait incessamment son mari, ses enfants. Pendant la nuit, hallucinations de la vue ; elle voyait passer des hommes et des femmes. Elle se plaint aussi qu'on a mis du poison dans ses potions. L'agitation dure toute la nuit et cesse seulement le matin. Le soir la malade a des idées de suicide, elle veut se jeter dans le Rhône, elle souffre trop de sa maladie. Puis l'agitation diminue, les hallucinations persistent. La température remonte jusqu'à 42 degrés le jour de la mort sans que l'agitation ait reparu.

Obs. IX. — Variole cohérente. Délire nocturne, hallucinations, huit jours avant la période de suppuration. La malade voit pendant son sommeil, et aussi au moment où elle se réveille, des hommes et des femmes pendus au plafond et s'agitant. Dans un coin de la salle, il y a, dit-elle, un sergent de ville. Elle se plaint qu'on lui ait amené une petite fille pour la mener noyer. Toute la nuit, la malade se débat contre ses idées. Elle se lève, veut se coucher dans les lits voisins, court à travers la salle. Elle a, le lendemain, conservé le souvenir de s'être levée et dit que, si elle le faisait, c'était pour suivre des personnes qui venaient la chercher.

Le lendemain (sept jours avant la suppuration), le délire cesse sans que la température se soit modifiée (38° — $38^{\circ},5$).

Quelques jours après, à la suite d'une amygdalite, la température est très élevée pendant deux jours (40° — $40^{\circ},2$). Les hallucinations reparaissent pendant un temps fort court, une heure environ, sans être accompagnées d'agitation.

Obs. III. — D... C'est l'observation la plus probante et la plus complète dont nous puissions disposer. Chez ce malade entré le 13 mai 1886 à l'hôpital, on vit successivement évoluer dans l'espace de trois mois une variole cohérente grave, puis une pneumonie, enfin une pleurésie purulente terminée par double vomique et guérison. Le malade délirait déjà à son entrée à l'hôpital. Le délire devint plus intense dans les jours qui précèdent la suppuration, puis diminua au moment où la température atteignit 40°,5. Le soir de ce jour, vers onze heures, délire des actes pendant quelques moments. Le malade veut se lever, partir et essaie de sortir de son lit. Le délire disparaît en même temps que la fièvre cesse complètement dans les jours qui suivent.

Seize jours plus tard, le 1^{er} juin, le malade présente les symptômes d'une pneumonie. La constitution médicale du sujet n'avait certainement pas eu le temps de se modifier beaucoup durant ces quelques jours. Cependant la pneumonie put élever sa température aussi haut que l'avait fait la variole, avec hyperthermie aussi persistante, sans que le malade délirât. Le fait était si remarquable et si net, que pendant les trois premiers jours de la pneumonie nous trouvons répétée sur l'observation la mention : « Pas de délire ».

Environ deux semaines après, nouvelle élévation de température aussi considérable que les deux premières fois ; la pleurésie purulente évolue, et ici encore il est noté : « Pas de délire ».

Nous aurions pu encore citer bon nombre d'observations moins démonstratives que les précédentes, mais ayant encore un intérêt. Elles auraient montré que le délire

peut paraître un nombre de jours absolument quelconque, même plusieurs semaines après l'élévation de la température.

Ainsi donc, nous avons vu le délire paraître avant la fièvre, ou disparaître au moment où la température va s'élever plus qu'elle ne l'était déjà, ou se montrer à une première hyperthermie et manquer lorsque la température remonte plus tard aussi haut que la première fois ou encore il survient bien après que la température est revenue à la normale.

La logique voudrait au contraire que l'hyperthermie (cause) précédât toujours le délire (effet), que, toutes les autres conditions restant les mêmes, le délire fût d'autant plus prononcé que sa cause serait elle-même plus forte (température plus élevée) enfin, que la fièvre paraissant plusieurs fois de suite, si rien d'autre n'est changé, le délire se montrât chaque fois.

À ces conditions seulement, on pourrait admettre que la fièvre et le délire fussent unis l'un à l'autre par une relation de cause à effet.

Il ne nous reste qu'une conclusion à tirer de là, c'est que fièvre et délire sont simplement deux symptômes souvent concomitants.

Nous ne voulons pas laisser croire que la conclusion à laquelle nous arrivons soit tout à fait nouvelle. Grisolle, à propos du délire de la pneumonie, avait émis à peu près la même idée, mais à notre connaissance, le passage dans lequel il en parle n'a pas été signalé à l'attention. Il avait observé par lui-même vingt-sept cas de délire (environ dans 1/11 de ses observations), et il dit :

« On ne peut même affirmer qu'il y eût un rapport

bien évident entre l'appareil fébrile et la production des troubles cérébraux.

« Si la plupart des malades qui eurent du délire éprouvaient une fièvre intense, on peut dire que, chez un plus grand nombre qui présentèrent une fièvre encore plus vive, on n'observa à aucune époque un trouble appréciable du côté des facultés intellectuelles. Cependant M. Louis a été conduit à penser (*Fièvre typhoïde*, 2^e éd., t. II, p. 44), que le délire qui survenait dans le cours des maladies aiguës, ordinairement inflammatoires, était plutôt l'effet du mouvement fébrile qu'il ne serait la conséquence d'une action sympathique de l'organe malade, bien que cette action, d'après le même auteur n'y soit pas étrangère. M. Louis fait observer que, dans les maladies aiguës qui se compliquent de délire, la fièvre est la seule circonstance commune à tous les sujets, et qu'il est rationnel de ne pas recourir à des causes différentes pour l'intelligence d'un phénomène plus ou moins exactement toujours le même¹. »

Toujours au sujet de la pneumonie, nous voyons dans les *Comptes rendus de la Société Royale de Médecine et Chirurgie*, M. Angel Money faire, dans la séance du 8 juin 1886, une communication basée sur 199 cas de pneumonie franche. Il a observé du délire dans 30 pour 100 des cas, mais, dit-il, il ne paraît exister aucun rapport bien net entre la température et le délire, ainsi que Heinze l'avait, du reste, déjà fait remarquer. Sur 17 cas soigneusement décrits, 4 fois le délire a coïncidé avec

¹ Grisolle, *Traité de la pneumonie*, p. 378.

l'acmé de la fièvre ; 2 fois, il l'a précédé, et 11 fois il ne s'est déclaré qu'au moment de la défervescence.

Comme mécanisme, frappé de ce fait, que le délire coïncide le plus souvent avec la pneumonie du sommet, il avance que, peut-être, l'inflammation du tissu pulmonaire s'irradie jusqu'au sympathique cervical dont l'irritation a pour conséquence une modification du calibre des vaisseaux cérébraux.

Les actes réflexes sont fort commodes à invoquer pour expliquer tous les faits dont on ne connaît pas la cause. Aussi, ne discuterons-nous pas cette théorie, qui, ainsi que le dit fort bien l'auteur lui-même, ne pourra recevoir de confirmation que de travaux ultérieurs. Les faits, les observations qu'il cite sont d'un plus grand intérêt que sa théorie.

Pour la variole, Emminghaus (*Archiv der Heilkunde*, liv. III et IV, 1872) cite 8 cas avec délire. Dans 3 cas, les troubles cérébraux ont coïncidé avec l'élévation de la température, mais dans les autres la température s'abaissait précisément au moment des troubles intellectuels.

Emminghaus attribue le délire à l'abondance des matières grasses (acides gras) dans l'urine.

Autre théorie : *Les maladies infectieuses produisent une dénutrition générale, l'inanition, et elles agissent sur le cerveau en le privant des substances nécessaires à son fonctionnement*¹. Cette théorie est tout au plus suffisante pour expliquer le délire qui survient pendant la

¹ Becquet, Du délire d'inanition dans les maladies (*Arch. génér. de méd.*, t. I, p. 169-309, 1866).

convalescence d'une maladie infectieuse de longue durée, mais elle n'est plus admissible quand il s'agit du délire initial qu'on pourrait nommer aussi délire de la période d'invasion, ou même de la période d'incubation.

Nous avons voulu nous assurer si l'inanition était une cause si puissante de troubles cérébraux, et nous nous sommes adressé à une maladie dans laquelle l'inanition arrive à être bien plus complète que dans n'importe laquelle des affections inflammatoires, le cancer de l'œsophage. Pendant notre stage dans les hôpitaux, il nous a été donné d'observer cinq cas de rétrécissement de l'œsophage de semblable nature et nous les avons suivis pendant toute la durée de leur dernière période de maladie. Jamais il n'y a eu de délire.

Dans la thèse de Lacour¹ il y a le relevé d'un très grand nombre d'observations sur le rétrécissement cancéreux de l'œsophage et pas une seule fois il n'y est noté de troubles cérébraux.

Il se peut que l'inanition, comme nous l'avons dit pour la fatigue ou le surmenage, favorise le développement du délire par déchéance de l'organisme, mais c'est simplement une condition étiologique du délire.

Si certains auteurs avaient songé à mettre en avant une semblable théorie, c'est que, d'une façon par trop évidente, l'élévation de la température n'était pour rien dans ce délire; la théorie ordinairement invoquée se trouvait en défaut et il fallait en donner une autre.

Une cause de délire, qui, par les mêmes auteurs, est

¹ Lacour, th. de Paris, 1881.

admise simultanément avec l'inanition, c'est l'*anémie cérébrale*.

Nous n'avons pu trouver que des autopsies déjà anciennes dans lesquelles l'anémie fut constatée. Il faut remonter à des autopsies de Chomel citées dans le travail de Becquet.

Chomel n'a jamais remarqué la moindre injection du cerveau ni de ses membranes qui sont, au contraire, exsangues. Deux fois seulement il a trouvé une collection notable de sérosité dans les ventricules latéraux, mais sans injection de l'organe. Griesinger admet par hypothèse une anémie aiguë du cerveau. Il se base sur ce que « le délire passe trop rapidement pour qu'on puisse admettre une altération anatomique du cerveau; il s'agit ici selon toute probabilité d'une anémie aiguë de cet organe ¹.

M. Jaccoud² admet aussi que, dans l'érysipèle de la tête, le délire est la conséquence de l'anémie cérébrale due à la fluxion érysipélateuse du cuir chevelu.

Bien des auteurs se sont succédé répétant ce qui avait été dit avant eux et signalant encore l'anémie cérébrale.

Cependant, nulle part nous n'avons vu de nouvelles autopsies confirmant les précédentes. Toutes les autopsies où il a été trouvé des lésions macroscopiques parlent d'hyperhémie, de congestion.

Les maladies provoquent le délire en amenant la congestion des centres nerveux.

Cette théorie est basée sur l'anotomo-pathologie. Elle répond aux lésions découvertes à l'autopsie et a été admise

¹ Griesinger, *Traité des maladies mentales*, traduit, Doumic, p. 22.

² Jaccoud, *Path. int.*, t. II, p. 775.

par Brosius¹, Griesinger², Baillarger, Jaccoud, Luys et Morandon de Montyel³, Hallopeau.

Il ne nous est guère possible de tirer une conclusion de quelques autopsies déjà mentionnées et dans lesquelles le cerveau a été trouvé absolument normal ainsi que les méninges. On admet en effet, que, si l'hyperhémie a été de courte durée, on peut n'en pas retrouver de trace après la mort.

Examiner à quoi tient la congestion de l'encéphale, ce qu'elle signifie, si elle est la cause du délire ou si au contraire elle est secondaire aux causes qui ont provoqué le délire, telles sont les questions que nous allons étudier.

Congestion cérébrale est un terme dont on a beaucoup abusé pour rendre compte des symptômes dont on ne connaissait pas la pathogénie : « En général, dit Trousseau⁴, lorsqu'il s'agit de l'encéphale et du système nerveux central ou périphérique, on se contente d'explications beaucoup trop faciles. Ainsi, à propos d'une paralysie survenue brusquement, on invoque soit une congestion, soit une hémorragie, soit un ramollissement cérébral. Pour l'hémorragie et le ramollissement, la constatation est fréquente, mais il n'en est pas ainsi de l'hyperhémie que nous admettons avec trop de complaisance et sans autre raison que l'impossibilité d'un autre acte morbide. »

Aussi, il nous a paru intéressant de rechercher si, dans tous les cas de congestion cérébrale, il y avait du délire.

¹ Irrefreund, 1866.

² Griesinger, *Traité des maladies mentales*,

³ Morandon de Montyel, *Ann. med. psych.*, 1883.

⁴ Trousseau, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II. p. 833.

Il ne suffit pas d'avoir rencontré, comme nous l'avons fait, de la congestion des méninges ou du cerveau à l'autopsie de quelques malades morts après avoir eu du délire fébrile, pour affirmer que le délire est dû à la lésion observée. Ainsi, pour prendre un exemple dans un autre organe, dans la pneumonie, au stade d'engouement, il y a bien une congestion intense du poumon, et pourtant on ne dira pas que tous les désordres et tous les symptômes reconnaissent la congestion comme cause première. La cause vraie est la présence du pneumocoque dans l'alvéole, et si l'on veut une explication complète des effets observés, il faudrait en répartir les causes entre les microbes, les produits de leur activité, la réaction des cellules de l'organisme, la congestion, et encore il faudrait expliquer par quel mécanisme s'est produite cette congestion.

Il fallait donc chercher à observer la congestion de l'encéphale dans quelques cas simples où l'on n'eût pas à tenir compte des éléments multiples provenant d'une cause morbide complexe.

Ce desideratum était réalisé dans des cas où une gêne mécanique, seule, empêche le retour du sang veineux de l'encéphale au cœur droit, lésions des orifices cardiaques, le plus ordinairement de l'orifice mitral ou encore tumeur du cou comprimant les jugulaires et gênant la circulation cérébrale de retour. C'est la congestion cérébrale passive.

Il n'est pas rare de rencontrer des malades, qui, arrivés à une période d'une maladie du cœur à laquelle le cœur épuisé se laisse forcer, ont une circulation ralentie, insuffisante, avec cyanose des téguments œdèmes, dilatation des veines. Il est certains de ces malades, pourtant,

qui arrivent à une période très avancée de leur maladie sans présenter de troubles cérébraux.

Dans la congestion passive, c'est-à-dire par gêne mécanique (tumeurs, etc.), Hammond (*Maladies du système nerveux*, trad. Labadie-Lagrave) dit que la forme délirante est rare et que, dans le cas où le délire se montre, ce délire est léger.

Ce sont là déjà quelques faits qui tendent à montrer que la théorie dont nous nous occupons actuellement est au moins contestable, mais nous n'avons pas de preuve suffisante pour la renverser complètement.

Admettons donc, au moins provisoirement, que la congestion produit le délire.

L'objection la plus forte que l'on puisse faire à cette théorie c'est qu'elle est tout à fait insuffisante pour celui qui veut se rendre un compte exact des phénomènes. La congestion n'est qu'une cause secondaire, ou si l'on veut une cause intermédiaire. Il resterait encore à expliquer comment, par quel mécanisme, les maladies énumérées à l'étiologie (chap. III) provoquent les congestions, sur quels éléments du cerveau agit l'afflux sanguin et de quelle façon il le fait.

Avant d'entrer dans de semblables explications, il importe que nous connaissions bien tout d'abord, la nature des maladies dans lesquelles se rencontre le délire fébrile.

L'énumération de ces maladies nous a montré qu'elles comprenaient les maladies microbiennes, et les fièvres éruptives.

Pour les maladies microbiennes, connaissant les microbes qui leur donnent naissance, nulle difficulté, puisque nous savons bien à quoi elles sont dues.

Actuellement, au moins, les fièvres éruptives ne sont pas comptées au nombre des maladies microbiennes. Les corpuscules découverts dans le sang, au cours de la variole de la scarlatine et de la rougeole par Pfeiffer, qui les donne comme agents pathogènes de ces maladies, ne paraissent pas en effet pouvoir se rattacher à la catégorie des micro-organismes vrais, mais plutôt à l'ordre des amibes, des protozoaires.

Mais, si les fièvres éruptives ne sont pas primitivement microbiennes, les infections secondaires y sont, pourrait-on dire, de règle ; elles provoquent un grand nombre des phénomènes décrits sous le nom de complications de ces maladies. Ces complications sont si nombreuses et si fréquentes qu'on ne voit presque jamais une fièvre éruptive évoluer jusqu'au bout, sans présenter aucun des symptômes attribuables aux inoculations microbiennes accidentelles.

Les angines, la néphrite, la pyélite, le rhumatisme avec arthrites suppurées, avec endocardite, péricardite, pleurésie, et les suppurations de toutes sortes, parotidite, otite, abcès, phlegmons et bubons, pour ne parler que de la scarlatine, sont dues à des infections secondaires, et les recherches de Litten, de Heubner et Barhdt¹, de Crooke², de Lenhartz³, de Babès⁴, de Marie Raskin⁵, de Würtz et

¹ Heubner et Barhdt, *Berl. klin. Woch.*, n° 44, 1884.

² Crooke, *Fortsch. der Med.*, 1885.

³ Lenhartz, *Jahr f. Kinderk.*, vol. XXVII, oct. 1888.

⁴ Babès, *Bact. Untersuchungen über septische Prozesse des Kindesalters*, Leipzig, 1889.

⁵ Marie Raskin, *Wratsch*, nos 37-44, 1888, et *Centrabl. f. Bakter.*, nos 13 et 14, 1889.

Bourges¹, ont montré que dans tous ces cas, l'on retrouvait le streptocoque, quelquefois associé à un micrococcus pyogène, au pneumocoque de Talamon-Fraenkel, au staphylocoque blanc ou doré, ou au *Bacterium coli communis*.

Le rôle du streptocoque et du pneumocoque dans la rougeole (Weichselbaum, Neumann, Queisner, Morel, Mosny), du streptocoque et des staphylocoques pyogènes dans la variole, est encore de donner naissance à des complications de même ordre.

On peut donc considérer les fièvres éruptives comme étant, secondairement au moins, microbiennes. De plus, leur contagiosité, leur marche, leur tracé thermométrique leur donnent une ressemblance bien particulière avec les maladies microbiennes.

Nous pourrions, sans trop forcer les analogies, rapprocher leur mode d'action des affections microbiennes.

D'ailleurs, la théorie de la fièvre a été tirée en grande partie du mode d'évolution des maladies microbiennes, et l'on ne donne pas de la fièvre une définition spéciale aux fièvres éruptives.

Avant de commencer cette digression sur les fièvres éruptives, nous avons vu que les maladies infectieuses qui produisent le délire fébrile donnaient aussi de la congestion cérébrale, et il nous restait à en expliquer le mécanisme de production.

La congestion d'un organe quelconque, afflux sanguin en excès, est habituellement le premier stade de l'inflam-

¹ Würtz et Bourges, *Arch. de méd. exp.*, Bourges, mai 1890, thèse Paris, 1891.

mation et répond d'ordinaire à la présence dans les tissus enflammés de microbes divers. Mais l'inflammation ne reconnaît pas que les microbes comme cause première. Ce n'est que la réaction de l'organisme contre un excitant extérieur trop violent.

Dans les premiers temps qui ont suivi la découverte des microbes, on a été porté à les admettre comme cause de toute suppuration, de toute inflammation ; on a trop oublié que l'organisme réagissait à peu près de la même façon, que l'excitant fût un microbe ou une substance chimiquement définie, et l'inflammation, même la diapédèse et la suppuration peuvent succéder à l'introduction dans un tissu d'une substance irritante ou faiblement caustique. L'alcool, dans l'intoxication aiguë, et diverses substances thérapeutiques agissent sur le cerveau en amenant la congestion de l'organe.

On avait tout d'abord admis que les microbes agissaient toujours par action de présence, obstruction des vaisseaux, traumatisme cellulaire. Puis, lorsque les études bactériologiques se sont complétées, on a établi certaines distinctions. Ainsi Bouchard¹ admet que les microbes :

- 1° Ont un rôle mécanique, obstruction des vaisseaux ;
- 2° Ont une action traumatique, érodent, perforent les cellules ;
- 3° Déterminent des lésions anatomiques, œdèmes, hémorragies ;
- 4° Agissent par leur nutrition en consommant quelque chose dont la soustraction serait nuisible à l'organisme ;
- 5° Elaborent des substances toxiques.

¹ Bouchard, *Leçons sur les auto-intox. dans les maladies*, l. I.

Actuellement, c'est surtout sur les produits de sécrétion des microbes que s'est portée l'attention. Les études dans ce sens ne remontent pas à une date bien éloignée. L'importance de leur action avait été affirmée sans preuve aucune par Toussaint en 1878. Depuis, on peut citer dans cet ordre d'idées les expériences de Pasteur sur le choléra des poules (1880), de Bouchard sur les urines des cholériques (1884), de Charrin sur le bacille pyocyanique et celles de Villiers, Pouchet, Nicati, Cantani, Brieger.

M. le professeur Lépine a expérimenté sur la toxicité de l'urine des pneumoniques.

Partout on cherche à distinguer les lésions causées par les microbes dans le tissu même auquel ils se sont attaqués, des troubles à distance dus à leurs produits de sécrétion.

L'une des applications les plus fertiles en conséquences pratiques qui aient été faites de ces idées est l'étude de Roux et Yersin ¹ sur la diphtérie, et sur les paralysies consécutives à cette maladie.

On veut séparer les *fermentations cellulaires*, nées sur place, à l'endroit où le microbe et la cellule sont en contact, des *dégénérescences cellulaires*, produites à distance par les substances nées de la fermentation (Bard ²).

M. le professeur Arloing ³ a donné la preuve expéri-

¹ Roux et Yersin, *Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1888.

² L. Bard, *Précis d'anatomie pathologique*, 1890.

³ Arloing, *Académie des sciences*, t. CVI, p. 1365, 1888, et *Journ. de méd. vét. et zoot.*, p. 337, Lyon, 1888.

mentale que des accidents phlogogènes pouvaient être liés à une substance chimique de l'ordre des diastases.

Nous ferons remarquer qu'ici, entre l'excitation produite par cette diastase et la dilatation des vaisseaux qu'elle produit, il y a place encore pour un réflexe.

Si nous sommes fortement tentés de ramener le délire fébrile à une intoxication par les produits microbiens, c'est par analogie avec tant de faits qui commencent seulement à être bien connus.

Pourquoi, dira-t-on, recourir à de telles explications et ne pas admettre qu'il y a simplement localisation de microbes dans les méninges cérébrales ? Étant donné que, les cas de méningite suppurée étant mis à part, il n'a pas été fait la preuve qu'on ait trouvé des microbes dans les méninges, les expériences manquent et nous en sommes réduits à des hypothèses. Il nous semble inadmissible, vu la durée si courte du délire en certains cas, de supposer une infection microbienne. Nous ne connaissons pas de microbes dont l'action sur un tissu soit à la fois si prompte et si fugitive, et soit aussi variable : durer quelques heures et disparaître, ou persister pendant des semaines entières sans amener la suppuration.

Il nous semble donc infiniment probable que le délire des maladies aiguës est dû, comme la congestion et comme la fièvre, à ces produits de sécrétion qui prennent naissance dans la fermentation microbienne des cellules.

Cette théorie nous paraît être celle qui concorde le mieux avec les faits des observations et c'est ce qui, croyons-nous, en fait la valeur.

C'est ainsi qu'elle expliquerait comment la substance productrice du délire, prenant naissance dans les mêmes

circonstances à peu près que les substances pyrétogènes, fièvre et délire se rencontrent souvent ensemble, mais peuvent être dissociés d'une façon quelconque. La multiplicité des substances qui seraient sécrétées et leur combinaison en proportions diverses pourraient expliquer peut-être la variété des symptômes cérébraux observés. Ces substances rencontreraient des organismes plus ou moins sensibles à leur action, de même qu'un médicament à une même dose ne donne pas des effets semblables chez tous les individus, et il n'y aurait pas besoin d'accorder aux prédispositions étiologiques une place aussi importante qu'on le fait d'habitude. Les cas de délire de la convalescence présenteraient beaucoup d'analogie dans un ordre spécial, avec le mécanisme des paralysies tardives de la diphtérie.

Enfin, et cette conception est presque du domaine de la fantaisie, on pourrait supposer que certaines de ces substances peuvent, chez les aliénés, modifier d'une façon heureuse les échanges intra-cellulaires de la substance cérébrale.

Toute cette conception n'a que la valeur d'une hypothèse, parce que nous n'avons aucune preuve expérimentale à fournir à l'appui. Pourtant, telle qu'elle s'était, au début, présentée à notre esprit, une série d'expériences devait décider de son exactitude. Mais lorsque nous avons voulu nous tracer le plan de ces expériences, nous nous sommes heurté à de si grandes difficultés que nous y avons renoncé.

Il paraissait bien simple de mesurer la toxicité urinaire des malades et de comparer les résultats des analyses avec le relevé des périodes de délire, mais la conclusion

pouvait, d'avance, être jugée inexacte, parce qu'on mesure la toxicité urinaire totale et non la toxicité spéciale de chacune des substances excrémentitielles organiques contenues dans l'urine. De même que du coefficient urotoxique on ne peut conclure relativement à la quantité des matières pyrétogènes, de même ce coefficient n'aurait nullement indiqué la quantité des matières qui engendrent le délire. Il faudrait aussi savoir si le malade élimine bien, si son rein fonctionne, et s'il n'est pas intoxiqué au maximum par rétention, alors que la toxicité urinaire est le plus abaissée.

Chercher à séparer toutes ces toxines les unes des autres est un travail qui demanderait une compétence spéciale qui nous manque. Supposons même, qu'on eût pu réussir, il aurait fallu tenir compte, en expérimentant sur des animaux, de la résistance individuelle des sujets mis en expérience aussi bien que des différences d'une espèce animale à une autre et des animaux à l'homme.

Ajoutez à cela la difficulté d'analyser les symptômes cérébraux chez le chien¹ ou chez le lapin.

La théorie que nous mettons en avant n'est pas absolument nouvelle dans son ensemble : dans quelques travaux déjà, des idées à peu près analogues ont été énoncées.

Ainsi Christian, dès 1873, expliquait le délire fébrile par une intoxication.

Dans une thèse faite sous la direction du professeur G. Lemoine (de Lille), M. Chardon-Fleuret attribue le

¹ M. Magnan donne l'observation des symptômes cérébraux suivis par lui chez des chiens intoxiqués par l'alcool (hallucinations, etc.).

délire des maladies infectieuses à trois causes : l'action des bacilles eux-mêmes, action des produits solubles secrétés par les microbes, auto-intoxication par des produits que le malade n'élimine pas.

Ce sont les mêmes idées que nous avons essayé de développer, en cherchant à pénétrer plus intimement que nos prédécesseurs le mécanisme intime des phénomènes observés.

CHAPITRE VI

Symptomatologie.

Nous ne donnerons qu'un résumé très court des différentes formes sous lesquelles peut se présenter le délire fébrile, de nombreux travaux ayant été déjà publiés sur ce sujet, et les descriptions qui ont été faites ne laissent guère de place à des observations nouvelles.

Si l'anatomie pathologique et la bactériologie ont fait dans ces derniers temps des progrès remarquables, par contre, il ne reste presque rien à modifier aux descriptions, même anciennes, des cliniciens. Dans presque tous les ouvrages didactiques, on trouve des descriptions détaillées à propos de chacune des maladies dans lesquelles se montre le délire. De plus, dans les ouvrages spéciaux de maladies mentales, il est consacré des chapitres d'ensemble à cette matière.

Nous présentons la description du délire fébrile dans les maladies où il se rencontre le plus fréquemment : variole, érysipèle, fièvre typhoïde, choléra, pneumonie.

1° VARIOLE

Dans la variole, le délire peut apparaître à toutes les périodes, depuis le stade initial jusqu'aux périodes de suppuration et de desquamation ; mais cependant, ainsi que le prouvent les observations de M. Vinay, il se montre de préférence dans les quelques jours d'apyrexie qui séparent la période d'éruption de la période de suppuration, et c'est même sur cette particularité que nous nous sommes appuyé pour démontrer que le délire n'était pas produit par la fièvre. Si l'on considère la forme de ce délire, on voit que c'est tantôt un délire avec agitation, excitation psychique, confusion et précipitation dans les idées, tantôt un délire hallucinatoire calme de l'ouïe, de la vue, avec aussi quelques crises aiguës amenées par la nature désagréable des hallucinations. La première forme se rencontre d'habitude aux périodes initiales et de suppuration, la seconde dans les phases d'éruption et de desquamation. Cependant cette distinction n'est pas absolue.

On a vu un assez grand nombre de cas de suicide pendant les accès de délire, et Zippe¹ (de Vienne) a donné l'observation médico-légale d'un meurtre commis pendant le délire fébrile de la variole.

Besnier (*Bulletin Soc. méd. Hop.*, p. 249, 1870) constate que les varioleux sont assez souvent en proie à la monomanie du suicide et mettent leurs projets à exécution en se jetant par les fenêtres. Toutefois, il ajoute que cette idée de suicide est assez obscure dans l'esprit des malades

¹ Zippe, *Allg. Zeitschrift für Psych.*, 1876.

et que, le plus souvent, ceux-ci veulent se borner à fuir des hallucinations terrifiantes.

Delasiaux (*Ann. Méd. Psych.*, p. 103. 1872) rejette l'expression de monomanie, appliquée par Besnier à de pareils malades, car, dit-il, il ne s'agit nullement là de délire systématisé, et tel, qui s'est jeté par la fenêtre, croyait fuir des fantômes menaçants.

La folie de la convalescence ressemble beaucoup à celle des dernières périodes de la fièvre typhoïde, dans les deux cas, on observe un affaiblissement intellectuel de la niaiserie.

Le pronostic, au point de vue mental, n'est généralement pas grave et le délire disparaît le plus souvent. Cependant, on cite quelques cas de folie, consécutifs à la variole, ayant nécessité ultérieurement l'envoi des malades dans les asiles d'aliénés.

2° FIÈVRE TYPHOÏDE

Le délire peut également paraître dans les différentes périodes de la fièvre typhoïde. On peut l'observer dès le début (délire initial), pendant la maladie (délire pertyphique) ou pendant la convalescence. Ses formes sont l'obnubilation intellectuelle, la manie ou la mélancolie et les hallucinations.

Un point à signaler est que, au début de l'affection, alors que les symptômes en sont encore indécis, le délire peut être déjà très marqué, avec vive agitation et des erreurs de diagnostic commises en de semblables circonstances ont quelquefois fait interner dans les asiles des malades atteints de fièvre typhoïde au début.

Ce fait a été actuellement assez souvent étudié et indiqué pour que l'attention soit mise en éveil. Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint subitement de manie aiguë dont le développement reste inexpliqué, on doit toujours s'assurer qu'il n'a pas d'élévation de température. La fièvre, si on la constate, donne de fortes raisons de penser à une fièvre typhoïde. « Tout délirant qui délire avec de la fièvre a beaucoup de chance de n'être pas un aliéné » (Bucquoy et Hanot), et surtout si l'hyperthermie est persistante.

Caractère spécial au délire de la fièvre typhoïde, on a cité certains cas où ce délire était systématisé, consistait en hallucinations de la vue et de l'ouïe, de manière à présenter quelque ressemblance avec le délire vésanique. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas semblable dans le service de M. le professeur Bondet (observation XXXIV).

Le délire de la convalescence est encore plus fréquent que pendant le reste de la maladie. Il n'a pas de caractère bien particulier à signaler, sinon que le plus souvent c'est un affaiblissement de l'intelligence, interrompu quelquefois par des accès de manie ou de mélancolie aiguë.

3° CHOLÉRA

On a rapporté des cas de délire venant compliquer le choléra surtout pendant la convalescence. Les formes observées ont été la manie aiguë et la mélancolie. La guérison survient habituellement avec le rétablissement complet du malade.

4° PNEUMONIE

Moins fréquent ici que dans les maladies précédentes, le délire se rencontre cependant dans bien des cas de pneumonie. Par rapport aux périodes de la maladie, il n'y a rien de régulier dans son apparition, cependant on l'observe plutôt au moment de la défervescence. Il peut se montrer dès le début, dans le cours de la période fébrile ou après la défervescence. Dans sa forme il est moins varié que dans les autres affections. C'est presque toujours un délire d'action, même sous ses formes le, moins accentuées. Les malades veulent se lever, s'habiller, partir, ils ne comprennent pas pourquoi on les retient au lit. Puis le délire augmentant d'intensité, on a un tableau qui ressemble à s'y méprendre à celui d'un accès d'alcoolisme aigu. La ressemblance est si complète que souvent, renonçant à chercher une différence entre le délire pneumonique et le délire alcoolique, de ces malades, on fait des alcooliques.

Cette conclusion s'explique à notre avis d'une façon très naturelle. Nous avons été frappé, en étudiant les intoxications, de voir combien les symptômes cérébraux décrits à cette occasion ressemblaient à ceux que nous avions déjà lus et observés à propos du délire fébrile. Plus notre étude se complétait, plus les analogies nous semblaient dignes de fixer l'attention.

Ainsi, avec l'alcoolisme, nous voyons les périodes d'excitation cérébrale, d'agitation, le délire d'action, les hallucinations pénibles, terrifiantes qui portent le malade à

se lever, à fuir ou par la porte ou par la fenêtre, se croyant poursuivi par des fantômes qui l'obsèdent. Avec l'opium, la morphine, nous trouvons un délire plus calme avec des hallucinations moins pénibles ; dans le tabagisme, l'affaiblissement de la mémoire. Chaque substance donne un petit nombre de manifestations cérébrales variables suivant les individus, sans doute à cause du mode de réaction spécial à chacun (prédispositions, hérédité, autres intoxications antérieures, etc.).

Autre point de ressemblance avec le délire fébrile, la lésion anatomique qui répond à ces désordres fonctionnels est aussi de la congestion des méninges et de la substance cérébrale quand on se trouve en présence de cas de mort par intoxication aiguë.

Ces analogies pourraient nous expliquer un fait que nous avons déjà signalé au commencement de notre travail, la place très variable occupée dans les classifications par le délire fébrile que les uns rapprochent du délire vésanique que les autres rangent avec le délire non vésanique, à côté du délire fébrile ou symptomatique et que d'autres enfin laissent dans une classe à part, ne sachant à quelle catégorie le rattacher.

Nous sommes très disposé à rapprocher le délire fébrile du délire toxique. Si nous conservons le nom de délire fébrile, c'est en donnant au mot de fièvre un sens spécial dans lequel il est quelquefois employé ; fièvre est pris comme synonyme d'infection, de maladie infectieuse et délire fébrile devient l'équivalent de délire infectieux.

CHAPITRE VII

Pronostic. — Diagnostic.

Les avis sont partagés pour savoir si l'on doit attribuer, à la présence du délire fébrile dans une maladie, une valeur pronostique sérieuse. D'une façon générale, on est porté à croire qu'il est plus fréquent dans les cas graves; pourtant, on le voit survenir dans des cas assez bénins. Ainsi, Louis, dans la fièvre typhoïde, a observé 38 cas mortels avec 36 cas de délire et 37 cas guéris avec 35 cas de délire.

M. Angel Money ¹ donne pour la mortalité de 199 cas de pneumonie qu'il a réunis le chiffre de 20 pour 100, et il dit que la présence ou l'absence de délire ne paraissent pas modifier sensiblement le pronostic.

Il faut tenir compte de ce que, pour chaque maladie, et pour chaque période de la maladie, la gravité du pronostic varie. Ainsi, d'après Thore (*Ann. méd. psych.*, p. 162, 1856), le pronostic de la variole n'est nullement aggravé par le délire initial. Il n'en est pas de même

¹ Angel Money, *loc. cit.*

pour le délire du milieu ou de la fin de l'éruption. Mead a signalé le danger que celui-ci permet de prévoir. Thore a observé ce délire six fois avec quatre décès.

Les circonstances dans lesquelles on a à faire le diagnostic différentiel entre le délire fébrile et le délire vésanique se présentent assez rarement. En effet, quand dans une maladie aiguë on voit se développer des troubles cérébraux, on commence par les attribuer au délire fébrile plutôt que de supposer que, par un hasard bien particulier, le début de la vésanie est venu coïncider avec cette affection fébrile. Bien souvent le diagnostic de folie n'est porté que lorsqu'on voit le délire persister pendant la convalescence, puis après le rétablissement complet des forces physiques du malade. Cependant, d'après les traités de médecine mentale, un certain nombre de caractères permettent de différencier les symptômes du délire vésanique de ceux du délire fébrile.

« Le délire fébrile est brusque, aigu, transitoire, intermittent ou rémittent; il est plus bruyant, plus incohérent, plus décousu. Les malades battent la campagne, ils marmottent entre leurs dents des mots intelligibles (mussitation). Cette distinction est à ce point évidente que, chez certains aliénés, lorsqu'il survient une maladie aiguë, cette complication ne se traduit d'habitude pas par une recrudescence de délire existant déjà chez le malade, mais par l'apparition d'un nouveau délire parfaitement reconnaissable à ses caractères pour un délire fébrile, et qui, parfois, se substitue au délire vésanique ¹. »

¹ Régis, *Médecine mentale*, p. 42.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Le traitement rationnel des maladies doit tirer ses préceptes de la connaissance de la pathogénie.

Le traitement du délire fébrile devra être, si l'on admet notre théorie, préventif, puis curatif, et se confondra en grande partie avec celui de la maladie elle-même que complique le délire.

Il sera préventif par l'antisepsie, par l'isolement des malades et par toutes les précautions qui évitent les inoculations secondaires, une fois la maladie contractée (antisepsie intestinale, buccale, nasale).

Il sera curatif en recherchant tous les moyens propres à favoriser l'élimination des toxines par le rein, par la peau, et par l'intestin (diurétiques, excitants cutanés, évacuants intestinaux si l'intestin ne risque pas d'être perforé comme dans la fièvre typhoïde).

Le traitement qui, dans les cas de variole compliquée de délire, a donné les meilleurs résultats entre les mains de M. Vinay, a été le bain froid. Peut-être, s'étonnera-

t-on après notre exposé pathogénique, de nous voir préconiser le bain froid, dont il semble à première vue que l'action soit simplement antithermique ; mais le bain froid a une autre action, bien autrement importante, et qui a été mise en lumière par MM. Roque et Weill, action éliminatrice très nette.

Il est toutefois une modification de détail qui nous paraît devoir être introduite dans cette méthode de traitement. Au bain froid donné d'emblée à basse température, nous préférierions le bain tiède d'abord, puis progressivement refroidi. On éviterait ainsi l'action excitante du bain froid, tout en conservant sans doute ses propriétés éliminatrices. Mais sur ce point, c'est l'expérience seule qui permettrait de savoir si le bain progressivement refroidi a les mêmes propriétés éliminatrices que le bain froid.

En terminant, nous insistons sur cette idée thérapeutique que le bain froid n'est pas spécifique contre le délire fébrile. C'est un traitement éliminateur, curateur qui ne dispense nullement de l'antisepsie préventive.

OBSERVATIONS

1° Variole.

OBS. I. — M..., Firmin, trente-deux ans. Variole cohérente. Délire ayant débuté trois jours avant la mort et n'ayant pas cessé jusqu'au moment de la mort. Autopsie. L'état du cerveau est mentionné en détail page 42.

OBS. II. — M..., Paul quarante et un ans. Variole cohérente ; alcoolique avéré. Tremblement fibrillaire de la langue, délire à forme mélancolique. Agitation très marquée, trois jours après l'élévation de température de la suppuration alors que la température est redevenue normale. Le délire dure deux jours. Guérison.

OBS. III. — D..., Filiâtre, trente ans. Pas d'alcoolisme. Le frère du malade affirme qu'il avait une conduite très régulière. Variole cohérente avec délire et hallucinations survenant avant l'élévation de température de la suppuration et ayant duré quatre jours. Puis, pneumonie et enfin pleurésie purulente sans délire. Voir l'observation détaillée page 48. Guérison.

OBS. IV. — T..., Vincent, vingt ans. Variole cohérente grave. Délire ayant commencé au deuxième jour, cesse la veille du jour

où va avoir lieu la plus forte élévation de température (p. 46). Le malade part convalescent et revient un mois après avec de l'albuminurie et des œdèmes, fièvre aussi élevée que pendant la variole (39°,05) pourtant pas de délire. Le malade meurt avec de l'asphyxie urémique. L'autopsie du cerveau n'a pas été faite.

OBS. V. — B..., Philippe, vingt-sept ans. Variole cohérente. Délire au premier jour de suppuration, sans fièvre, entre deux périodes de fièvre. Délire des paroles sans délire des actes. Durée un jour. Mort. Pas d'autopsie possible.

OBS. VI. — B..., Joseph trente-trois ans. Variole confluyente, délire violent (camisole de force) pendant une nuit, quarante-huit heures avant l'élévation de température de la suppuration. Guérison.

OBS. VII. — L..., Jeanne, vingt-cinq ans. Variole cohérente. Après l'éruption, la température baisse jusqu'à 37°,5, pour remonter ensuite jusqu'à 42 degrés le jour de la mort. Le délire se montre pendant l'apyrexie et va en diminuant d'intensité jusqu'à la fin. La forme du délire est décrite à la page 47. Mort. Pas d'autopsie.

OBS. VIII. — G..., Cyprienne, seize ans. Variole cohérente, délire présuppuratif pendant un abaissement de température d'un degré. Le délire ne dure que quelques moments. Contrairement à ce qui s'était passé dans tous les cas précédents où le délire s'était développé au commencement de la nuit, ici il a débuté à 6 heures du matin. Quelques jours après, la température remonte au moment de la suppuration à 41 degrés (adénite sous-maxillaire suppurée) et il n'y a pas de délire. Guérison.

OBS. IX. — B..., Marie. Variole cohérente. Délire présuppuratif débute avec une température de 38 degrés dure une nuit et cesse le lendemain sans que la température se soit abaissée. La forme du délire est décrite à la page 47. Quelques jours après une amygdalite fait monter la température à 40°,4 durant deux jours. Le

Le délire revient durant une heure environ avec la même forme. Guérison.

OBS. X. — C..., Marguerite. Variole confluyente. Délire pré-suppuratif pendant l'ascension thermique. Mort. Pas d'autopsie.

OBS. XI. — P..., Catherine, variole cohérente. Délire présuppuratif ayant débuté avec une température de 33°, 5. Mort. Autopsie sans examen des centres nerveux.

OBS. XII. — R..., Madeleine. Varioloïde discrète. La malade a déjà eu, seize ans auparavant une fièvre typhoïde avec délire et perte de la connaissance. Pendant la maladie actuelle, délire très violent (camisole de force), ayant débuté quelques jours après les symptômes d'invasion malgré une température peu élevée (37-38°). Après guérison de la varioloïde, la malade est envoyée à Bron.

OBS. XIII. — P..., Jeanne, vingt et un ans. Variole cohérente. Délire au cinquième jour de la suppuration. Va en augmentant les jours suivants, alors que la température reste à 40° ou 40°, 5. Mort au huitième jour de la suppuration. Autopsie. L'état des centres nerveux n'est pas noté.

OBS. XIV. — O..., Étienne, trente-deux ans. Variole cohérente, délire, hallucinations. Température 40°, 5. Mort. Autopsie incomplète.

OBS. XV. — D..., Antoine, dix-neuf ans. Variole confluyente. Délire dès l'éruption, violente agitation (camisole). Le délire dure jusqu'à la mort, sans amélioration, malgré un abaissement passager de température de 2 degrés (40°, 5-38° 5). Mort. Pas d'autopsie.

OBS. XVI. — P..., Joseph, dix-neuf ans. Variole confluyente. Délire débute pendant l'hyperpyrexie de la suppuration. Mort. Autopsie, rien aux centres nerveux.

OBS. XVII. — D..., Antoine, trente et un ans. Variole cohérente. Délire le premier jour de la suppuration avec une température peu élevée (38°). Guérison.

OBS. XVIII. — B..., Jean, dix-neuf ans. Délire sans fièvre le premier jour de la suppuration. Guérison.

OBS. XIX. — E..., Frédéric, trente-huit ans. Variole cohérente. Délire mélancolique présuppuratif ayant débuté pendant l'apyrexie, et ayant cessé la veille du jour où la température est le plus élevée. Mort. Pas d'autopsie des centres nerveux.

OBS. XX. — B..., Claude, cinquante-neuf ans. Variole confluente. Délire sans fièvre. Mort. Pas d'autopsie.

OBS. XXI. — B..., Marius, dix-neuf ans. Variole cohérente. Délire sans fièvre avant la suppuration, dure jusqu'à la mort, avec agitation très vive la dernière nuit. Pas d'autopsie.

OBS. XXII. — D..., Étienne, trente-cinq ans. Variole cohérente. Délire mélancolique deux jours après l'éruption, dure jusqu'à la mort, survenue à la suite d'un érysipèle de la décrustation. Pas d'autopsie.

OBS. XXIII. — T..., Antoine, vingt-neuf ans. Variole cohérente. Délire à forme mélancolique, ayant débuté pendant l'éruption. Le délire cesse avant l'abaissement de la température. Guérison.

OBS. XXIV. — B..., François, soixante ans. Paralytique général, variole cohérente (discrète). Le malade avait déjà des idées de grandeur, et la variole y ajoute du délire mélancolique, puis une grande agitation sans qu'il y ait de fièvre (avant la suppuration). Sort guéri pour entrer à Bron.

OBS. XXV. — M..., vingt-cinq ans. Internée à Bron, en 1881, pour manie aiguë, caractérisée par un délire général avec surexcitation intellectuelle, agitation et fureur; de plus, phénomènes hystériques variés. Variole discrète en 1882, fièvre au moment de l'éruption (39°), puis dix jours d'hypothermie, la malade n'atteignant jamais 37 degrés. Au cinquième jour de cette période, délire, hallucinations qui cessent le jour même où la température

va remonter à 37 degrés et jusqu'à 37°,7. Sa variole guérit, sans amélioration de l'état mental. Morte en 1885, de septicémie aiguë.

OBS. XXVI. — D..., femme M..., trente ans. Vient de l'Antiquaille où elle était entrée en novembre 1876. Entrée à Bron, en décembre. Délirante, indocile, très agitée (était aux cellules). Manie intermittente avec accès et rémissions de courte durée. En juin, variole confluyente, avec température allant jusqu'à 40°,6. Pendant tout le temps qu'a duré la variole (35 jours), l'état mental a été excellent. Retour à l'état antérieur après guérison de la variole.

OBS. XXVII, XXVIII et XXIX. — Variole ayant évolué chez trois aliénées, sans modification de l'état mental. Rien de particulier à noter dans ces trois observations.

2° Fièvre typhoïde.

OBS. XXX. — G..., Sophie (Asile de Bron). Entrée avec stupeur (au début), puis excitation maniaque. Coquetterie bête. Fièvre typhoïde qui évolue normalement en quatre semaines. A la date du 21 mai, on note une fois la fièvre typhoïde guérie :

État intellectuel très satisfaisant. Est très calme, répond très bien aux questions. Du reste pendant sa maladie, elle n'a jamais eu de délire fébrile, même son état mental s'est amélioré beaucoup et d'une façon qui a frappé l'entourage. Son état mental était assurément plus satisfaisant que pendant ses meilleurs moments de calme.

Huit jours après, l'état intellectuel revient à ce qu'il était avant la fièvre.

OBS. XXXI. — R..., Joseph, vingt-quatre ans. L'acétanilide donnée dans les douze premiers jours de la maladie, à dose de 1^{re},50, abaisse la température d'environ 3 degrés. Délire fébrile avec agitation à 10 heures du soir, le jour où la température a été le plus abaissée par le médicament.

OBS. XXXII. — G..., Martin, dix-sept ans. Le délire débute quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital. Température 41 degrés. L'acétanilide donnée progressivement à dose de 0^{gr},80, de 1^{gr},50, puis de 2 grammes, abaisse la température de 2 degrés sans que le délire soit modifié ni dans son intensité, ni dans sa forme. Mort au quarante-sixième jour, le délire ayant duré du seizième au trente-cinquième jour.

OBS. XXXIII (Personnelle). — G..., Marie, dix-neuf ans. A été enfermée à Bron, ainsi que sa mère pendant cinq mois. Elles avaient présenté avant leur entrée à l'asile un cas de folie mystique à deux. Antérieurement déjà, la malade était extrêmement nerveuse et impressionnable. Sortie de Bron, le 24 juin, guérie, elle est atteinte de fièvre typhoïde, et entre à l'Hôtel-Dieu (3^e division) dans le service de M. le professeur Teissier, alors suppléé par M. le professeur agrégé Lannois, le 8 juillet, étant déjà malade depuis une huitaine de jours, sans traitement. Nous n'avons pu suivre cette malade que jusqu'au 29 juillet. Au début, la température atteignait 41 degrés. A partir du 19 juillet, période des oscillations descendantes. Le 29, il n'y avait plus que 39 degrés. Pendant toute cette période de la maladie, il n'y a eu qu'un peu de délire pendant quelques nuits, durant lesquelles, la malade marmottait quelques paroles inintelligibles, mais le jour, intelligence très nette. Traitement par les bains froids. Il est très important de noter que, pendant la première semaine, il n'y avait pas eu de traitement d'institué, et que cependant il n'y eut pas de délire marqué.

OBS. XXXIV (Personnelle). — Salle Saint-Roch, numéro 5. A..., Augustine, trente-huit ans. Pas d'antécédents névropathiques. Début de fièvre typhoïde le 2 juin 1891. Entre à l'hôpital le 8, (température 40°), le lendemain, la température descend à 38°,5, et deux jours après, apparition d'un délire consistant en hallucinations de la vue et de l'ouïe très nettes. Le 12 juin, en plus surviennent des hallucinations de l'odorat. La malade raconte que les hommes qu'elle a vus pendant la nuit autour d'elle lui ont jeté dans la bouche une odeur dont elle ne peut se débarrasser.

Elle se couvre la bouche pour qu'on ne la sente pas, et ne veut pas se laisser approcher. Pendant quelques jours après, un peu d'agitation, puis le délire va en diminuant et cesse le 20 juin sans que la température varie (38°,5 à 39°). Le 19 juillet, mort. Autopsie, lésions des plaques de Peyer, phlegmon de la fosse iliaque droite, ayant détruit une partie du psoas. Méninges normales, non adhérentes, un peu hyperhémisées. Cerveau absolument normal.

3° Pneumonie.

OBS. XXXV. — R..., Joseph, cinquante-cinq ans. Caractère irascible. Pas d'alcoolisme, délire avec agitation au dixième jour seulement de la maladie (température 40°,5), sort de la salle en chemise et va se coucher dans la cour, d'une heure à cinq heures du matin. Le matin à la visite, il se rappelle assez bien ce qui s'est passé la nuit, mais ne sait pourquoi il l'a fait, ne délire plus. Abaissement de température, le lendemain, jour de la mort. Pas d'autopsie des centres nerveux.

OBS. XXXVI. — M..., Cyrille, cinquante-neuf ans. Pas d'alcoolisme, conduite très régulière. Entre au cinquième jour de sa pneumonie avec 39°,5. Le lendemain 40°,5. Le matin du second jour, délire, le malade veut se lever, prétend qu'on l'a volé; hallucinations de la vue. Mort le lendemain, pas d'autopsie.

OBS. XXXVII. — G..., Baptiste, quarante et un ans. Alcoolique, mais a cessé de boire depuis quelque temps. Délire au sixième jour de la maladie (T. 40°,5). Le malade veut partir, s'en aller parce qu'il est mal soigné, ne veut pas se laisser examiner. Pas d'hallucinations de la vue. Le délire cesse deux jours après sans que la température se soit beaucoup abaissée (1 degré environ). Résolution lente. Guérison.

OBS. XXXVIII. — G..., Gaspard, vingt-cinq ans. Délire le matin quand la défervescence vient de se faire dans la nuit, au dixième jour de la maladie. Il dure deux jours. Guérison.

OBS. XXXIX. — F..., François, vingt-sept ans. Alcoolisme avéré. Depuis le début de la pneumonie, le malade a déliré un peu chaque nuit, mais le délire ne devient intense que le lendemain de la défervescence (de 39°,5 à 37°,2). Chants, cris incohérents. Hallucinations terrifiantes. Le malade veut se lever pour se défendre. Le délire dure deux jours. Guérison.

OBS. LX. — M..., Jean, seize ans. Délire au dixième jour de la maladie (T. 40 degrés) dure deux jours et cesse la veille de la défervescence. Hallucinations de la vue ; le malade voit des animaux courir sur son lit. Ses camarades veulent le battre. Guérison.

OBS. XLI. — F..., Paul, quarante-deux ans. Délire la veille de la défervescence (de 40°,5 à 37°,5). Le délire dure trois jours, puis cesse, et reprend trois jours après, en pleine apyrexie pour durer deux jours. Hallucinations de la vue. Cris qui nécessitent l'isolement du malade. Peu d'agitation. Guérison.

OBS. XLII. — R... T..., François. Alcoolisme léger, quelquefois pituite le matin. Délire de la défervescence au neuvième jour de la maladie, mais peu marqué. Un peu d'agitation. Guérison.

4° Erysipèle.

OBS. XLIII. — F..., Pierre, vingt-deux ans. Pas d'alcoolisme probable. Erysipèle de la face. Début du délire au moment où la température baisse de 40°,6 à 39°,5. Le délire dure quatre jours. Le premier soir, délire furieux, hallucinations de la vue : assassins, voleurs, gendarmes, etc. Le délire diminue les jours suivants. Guérison.

OBS. XLIV. — T..., Étienne, cinquante-huit ans. Erysipèle de la face et du pharynx. Maladie de Bright. Hémorragie cérébrale, hémiplégie gauche. Pas de renseignements. Le malade s'agite inconsciemment dans son lit et prononce des paroles sans suite.

Mort. Hémorragie ventriculaire à droite. Rien d'autre d'appréciable.

OBS. XLV. — F., Charles, trente-neuf ans, tonnelier. Alcoolique depuis douze années. Le caractère est devenu bizarre depuis un an, souvent énervé. Erysipèle à répétition. Au quatrième jour de la maladie, hallucinations de la vue. Entre au huitième jour ; délire gai, veut se lever. Guérison au douzième jour.

5° Influenza.

OBS. XLVI. — G..., Eugénie, vingt ans. A eu l'influenza en 1889. Depuis ce moment, son caractère a changé. Refuse de se nourrir dépérit peu à peu. Entre à Bron en avril 1890. Le 12 mai, période d'ascension passagère pendant laquelle le délire augmente. Puis descente graduelle de la température qui arrive à se maintenir en moyenne à 36 degrés, avec un minimum de 33°,9 et souvent 34°,5. Lorsqu'on prend la température de la salle, on voit que les oscillations de la température du corps sont presque symétriques avec celles de la température de la salle. A l'autopsie : méninges épaissies ??

6° Scarlatine.

OBS. XLVII. — P..., Marie, trente-sept ans. Entrée à Bron le 30 décembre 1891 avec idées de persécution et mélancolie très nette. Le 6 janvier 1892, la malade était très améliorée. A partir du 1^{er} mars, scarlatine, la température s'élève jusqu'à 40°,9, sans qu'il y ait d'aggravation ou de rechute dans l'état mental.

CONCLUSIONS

1° Les conditions étiologiques habituellement présentées comme étant celles du délire fébrile n'en sont que des causes toutes secondaires. La prédisposition à la folie soit par hérédité, soit par antécédents personnels ne paraît pas avoir une grande part dans le développement du délire fébrile, puisque les maladies aiguës peuvent amener quelquefois la guérison de la folie chez les aliénés, ou évoluer sans délire chez des aliénés guéris.

2° L'anatomie pathologique ne montre, comme lésions correspondant au délire fébrile, que de la congestion des méninges ou de la substance cérébrale et dans quelques autopsies, il n'y a même pas de lésions appréciables.

3° Entre les théories proposées pour expliquer le délire fébrile, celle de l'élévation de température est évidemment inadmissible, puisque, dans certaines observations, le délire se montre avant la fièvre, et d'une façon générale ne correspond ni avec la durée, ni avec l'intensité, ni avec le moment d'apparition de l'hyperthermie.

Les autres théories sont également insuffisantes.

Celle de la congestion des centres nerveux, basée sur l'anatomie pathologique, est seule acceptable, mais elle est incomplète.

4° A titre d'hypothèse, nous proposons d'expliquer le délire fébrile par une intoxication à distance provenant soit des sécrétions microbiennes, soit des substances produites par les cellules de l'économie troublées dans leur nutrition.

5° La dénomination de délire fébrile n'est exacte que si l'on prend le mot de fièvre dans son sens le plus large, comme synonyme d'infection; délire fébrile veut alors dire délire infectieux.

6° L'étude des symptômes du délire fébrile, montrant leur ressemblance avec ceux du délire toxique, vient donner confirmation de notre hypothèse sur la nature du délire fébrile.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
MAYET.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — <i>Définition</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Historique. — Classification</i>	14
1° Historique	13
2° Classification.	14
CHAPITRE III. — <i>Étiologie</i>	16
1° Étiologie générale	18
2° Étiologie	32
CHAPITRE IV. — <i>Anatomie pathologique</i>	37
CHAPITRE V. — <i>Pathogénie</i>	44
CHAPITRE VI. — <i>Symptomatologie</i>	65
1° Variole	66
2° Fièvre typhoïde.	67
3° Choléra	68
4° Pneumonie	69
CHAPITRE VII. — <i>Pronostic. — Diagnostic</i>	71
CHAPITRE VIII. — <i>Traitement</i>	73
OBSERVATIONS	75
1° Variole	75
2° Fièvre typhoïde.	79
3° Pneumonie	81
4° Erysipèle.	82
5° Influenza	83
6° Scarlatine	83
CONCLUSIONS	85

